

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárczky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Marschalkó Tamás: A venereás bántalmak prophylaxisáról. 37. l.

Alapy Henrik: Közlemény a Bródy Adél-gyermekekórház sebészeti osztályáról. Az átjárhatlan bázisingszűkületek retrograd sondázása gastrostomia után. 69. l.

Winternitz M. Arnold: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár. A máj-beli echinococcus-tömlők infectioiról és elgyenyedéséről. 71. l.

Tárcza. A magánorvoslás díjazása. — Grósz Emil: A Nobel-féle alapítvány. 74. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Ráskai Dezső: A gonorrhoea általános fertőzés kérdése. 74. l. — Könyvismertetés. R. Eschweiler: Ohrenärztliche Diagnostik für Ärzte und Studierende. (Ifj. Klug N.) 75. l. — Lapszemle. Gyógyszer-tan és méregtan. Az aspirin. — Terrien: Strychninmérgezés a gyógyszerész tévedése miatt. (Torday Á.) — Sebészet. Hartmann: A maradékolostomia egy új műteti eljárása. (Picker R.) — Gerulanos: Műteti beavatkozások után fellépő tüdőcomplicatio. (Glücksthal A.) — Venereás bántalmak. Japha:

A gerincevelő syphilise üregek képződésével. (Sellei J.) — Bőr-kórtan. Waelsch: Pemphigus vegetans. (Poór F.) — Lion: Actinomykosis cutis jodipinra gyógyult esete. (Poór F.) — Bukowsky: Az achorion Schönleini (favusgomba). (Poór F.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Gélyi: Pneumonia. — Janowsky: Tüdővérzés. — Folyóiratok átnézete. 76–77. l.

Hetiszemle és vegyesek. Figyelmeztetés a magyar orvosi könyvkiadó társulat tisztelt tagjaihoz. — A főváros egészsége. — A képviselőház közegészségügyi vitája. — Mihalkovics Géza szobra. — Az országos közegészségügyi egyesület. Tudósítás. — A körmeneti orvosok értekezlete. — Elhunyt. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 78. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. — A budapesti orvosok szövetségének közgyűlése. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A venereás bántalmak prophylaxisáról.¹

Marschalkó Tamás dr. kolozsvári egyetemi tanártól.

„A syphilis és a venereás bántalmak folytonos növekedése komoly veszedelemmé nőtte ki magát a társadalomra nézve.” „La propagation sans cesse croissante de la syphilis et des maladies vénériennes est devenu un danger sérieux pour la société.”

Ezen vészkiáltással kezdődik azon felhívás, mely az 1899. év őszén Brüsszelben a syphilis és venereás bántalmak elleni óvintézkedések megbeszélése céljából összeült nemzetközi conferentia előkészítő bizottságának első ténykedése volt.

En ezelőtt közel hat évvel ezen mélyen tisztelt egyesület színe előtt tartott előadásomban, mely egy mozgalomnak akart kiindulási pontja lenni, hazai viszonyainkra nézve már megmondtam ugyanezt. Akkor többen azt vetették szememre a mélyen t. kartárs urak közül, hogy én nagyon is sötét színben látom a dolgokat. Nagy elégtételre szolgált konstátálhatni, hogy nekem volt igazam. Hisz az összes culturnemzetek szakférfiai gyűltek össze a mondott conferentia alkalmával a belga fővárosban, hogy megbeszéljék a teendőket a mindinkább fenyegető veszedelem ellen. Mert bár a conferentia nem is tudott mindenben megegyezni, de abban abolitionisták és reglementaristák is egyek voltak, hogy a venereás bántalmak mindenütt oly fenyegető mértékben terjednek, hogy azok terjedését az egész társadalom komoly veszélyeztetése nélkül tovább tétlenül nézni nem lehet. Azok ellen küzdeni teljes erőből kötelessége tehát úgy

az államnak és hatóságoknak, mint az egyeseknek, mert csak így remélhető, hogy a küzdelem nem lesz sysiphusi munka; de kötelességünk első sorban nekünk orvosoknak, a kik leginkább tudjuk felbecsülni azon mérhetetlen kárt, a melylyel a venereás bántalmak, különösen a syphilis és a kankó terjedése közegészségi, társadalmi és nemzetgazdasági szempontból jár. Hiszen eddig is mi voltunk kezdeményezői és zászlóvivői minden olyan mozgalomnak, a mely a venereás bántalmak megcsökkentését tűzte ki célul; mi ráztuk fel a közvéleményt tespedéséből; mi keltettük fel a kormányok és hatóságok éberségét és hívtuk fel figyelmüket a fenyegető veszedelemre, úgy hogy ma már nincsen állam, a melynek kormánya ne tartaná egyik fontos feladatának a venereás bántalmak megcsökkentését.

Am mélyen t. kartárs urak, ezen feladat a legnehezebbek közé tartozik.

Hosszú ideig azt hittük, hogy a prostitutio ellenőrzése az, a melyhez a venereás bántalmak megcsökkentésének a titka kötve van. A tapasztalás — sajnos — nem igazolta azt, mert ha végig tekintünk azon államok közegészségügyének történetén, a hol rendezett prostitutio van és azt kérdjük, hogy gyakorolt-e eme utóbbinak ellenőrzése valamely számbavehető befolyást a venereás bántalmak megcsökkentésére, úgy a felelet, sajnos, csak egy határozott „nem” lehet. A venereás bántalmak mindenütt folyton terjedőben vannak és épen ez azon érv, a mit az abolitionisták, a kik a reglementatio eltörlését sürgetik és a prostitutio szabadságát prédikálják, nem is késnek ellenünk kihasználni és hogy nem eredmény nélkül, mutatja az említett brüsszeli conferentia is.

Ha ugyanis őszinték akarunk lenni, úgy be kell vallani, hogy a reglementarista tábor ott vereséget szenvedett, úgy hogy az elfogulatlan szemlélő azzal a benyomással távozott onnan, hogy a reglementaristák inkább csak a zászló becsületéért, mint meggyőződésből küzdöttek, mert hogy a venereás bántalmak terjedése tekintetében azon államok között, a hol reglementatio

¹ Előadatott az Erdélyi muzeum-egylet orvos-természettudományi szakosztályának orvosi szakülésén 1900. október 27-dikén és a Budapesti kir. orvosegyesület 1901. január hó 12-dikén tartott I. rendes ülésén.

nem létezik és azok között a hol létezik számbavehető különbség nincsen, azt nekik is el kellett ismerniük. Ugy hogy, ha azon axioma, hogy a prostitutio képezi a venereás bántalmak legfőbb terjesztőjét, feltétlenül meg is áll, azon következtetés, a melyet ebből eddig levontunk, hogy tehát a prostitutio megrendszabályozása és ellenőrzése az, a melynek a venereás bántalmak csökkentésére a legnagyobb befolyása van és a melynek az előtt én is buzgó szószólója voltam, nézetem szerint ma már legalább így egészen kategorice meg nem állhat.

Ne méltóztassanak csodálkozni, hogy erre csak most kezdünk rájönni, mert hisz a prostitutio ellenőrzése mondhatni egészen a legújabb időkig tisztán csak erkölcsrendőri szempontból történt és alig egy pár évtizede, hogy azon államokban, a hol ellenőrzés van, annak az orvosi, közegészségi része is figyelemre lőn méltatva.

Nem tartható fel pedig az említett axioma azért, mert:

1. A venereás bántalmak ma már oly óriási mértékben elvannak terjedve és a mostani társadalmi viszonyok között oly számtalan más tényező propagálja azok terjedését, hogy tisztán a prostitutio megrendszabályozásától várni azok csökkenését egy utopia annál is inkább, mert

2. a prostitutio egész ellenőrzése mindig csak egy nagyon is relativ intézmény fog maradni, ha még annyira tökéletesítjük is azt, úgy hogy a prostitutio ellenőrzéséről tulajdonképen nem is, csak a prostitutio egy kis részének az ellenőrzéséről lehet szó; mert könnyű belátni, hogy bármit csináljunk is, a prostitutiot keresetszerűleg üző nőszemélyeknek csak egy nagyon is kis részét vonhatjuk ellenőrzés alá.

3. Mert az egész ellenőrzés úgy, a hogy az manapság nemesak nálunk, de mindenütt gyakoroltatik, határozottan elégtelen; és

4. mert magának a prostitutio orvosi ellenőrzésének is, ha azt még annyira tökéletesítjük is, mindig csak egy nagyon is relativ értéke lesz közegészségi szempontból.

A mi az első pontot illeti, tény az, hogy egy csomó fontos tényező van, a mely a venereás bántalmakat ép oly hatalmasan propagálja, mint maga a prostitutio és a míg azokat meg nem oldjuk, addig hiába szabályozzuk a prostitutiot. Minden egyébtől eltekintve, csak azt akarom felemlíteni, hogy hisz a prostituáltak a velők közlekedő férfiak által lesznek inficiálva és a venereás bántalmak — eltekintve a prostituáltaktól — a férfilakosság körében aránytalanul nagyobb számban vannak elterjedve, mint a nőknél. Már csak ebből is látható, hogy a prostitutio megrendszabályozása egymagában a venereás bántalmak prophylaxisára nézve korántsem elegendő.

Eltekintek itt egy sereg társadalmi kérdéstől, a melynek rendezése kétségtelenül nagy befolyással lenne a venereás bántalmak megcsökkentésére, így a cselédügy, lelenzűgy, dajkaügy stb. rendezése, a proletariátus csökkentése, szabadságolt katonák vagy a városokból hazatérő gyári munkások ellenőrzése — hisz a vidéken épen ezek terjesztik legjobban a venereát —, mert ezen kérdéseket gyökeresen megoldani egyhamar úgy sem fogjuk.

Csak egy pontra akarok röviden kiterjeszkedni, mert őszintén megvallom, legalább is oly fontosnak tartom, mint a prostitutio rendezését és főképp abban látom azon tényezőt, a melynek a venereás bántalmak megcsökkentésére a legnagyobb befolyása lenne, ez pedig a *venereás bántalmak intensív gyógykezelésére vonatkozik.*

Nincs talán egy fertőző betegség sem, a hol a kellő időben alkalmazott szakavatott gyógykezelés által annyira képesek lennénk a betegséget befolyásolni és a ragályozó képességet és tartamot megcsökkenteni, sőt megszüntetni, mint épen a venereás bántalmaknál, és megfordítva, a hol az orvos tájékozatlansága és különösen a beteg tudatlansága annyit árthatna, mint épen itt.

Mindazon kérdések, a melyek ezen pontra vonatkoznak, tehát az orvosi kiképzés reformja, teljesen ingyenes gyógykezelésnek — és pedig úgy ambulans, mint különösen kórházi gyógykezelésnek — minden venereás beteg számára könnyen hozzáférhetővé tétele, a laikus közönségnek, és pedig nemesak az alsóbb néposztályoknak, hanem a műveltebb laikus elemeknek is és

különösen a sorduló ifjúságnak kellő felvilágosítása a venereás bántalmak természetéről és kitanítása arra, hogy miképen óvakodjanak azoktól, első sorban lesznek újabb időben valamennyi szakember által hangoztatva és — örömmel constatáljuk — az irányadó tényezők, a kormányok és hatóságok által mindinkább elismerve. A brüsszeli conferentia „óhajai” közül, a melyeket a kormányok megszívlelésébe ajánlott, három szintén erre vonatkozik.

Nézetem szerint ez azon egyedüli helyes út, a melyen tovább haladva, a venereás bántalmak ellen egy egészségesebb alapon nyugvó védekezést fogunk szervezhetni, mint ezt a prostitutio nagyon is ingatag alapon nyugvó ellenőrzése képezi.

És épen azért sajnálattal kell látnunk, hogy nálunk a venereás bántalmaknak és különösen a syphilisnek teljesen és feltétlenül ingyenes kórházi gyógykezelése mindenki számára, a ki azt csak igénybe venni óhajtja, még ha vagyona az 1000 koronát valamivel talán felül is haladja, még nincsen kérésztől vive; addig pedig nem lehet az államot azon szemrehányástól megkímélni, hogy ő neki is része van a venereás bántalmak propagálásában. Fáradozásainknak már sikerült kivinni, hogy azon bizonyos „C” lap, mely eddig a szegény venereás betegeket ott-hon pellengérre állította, megszűnt és bizonyos jóleső érzéssel mondhatom, hogy megszűnt ama mozgalom következtében, a melynek kiindulási pontját az én, ezelőtt hat évvel ezen mélyen tisztelt egyesület kebelében tartott előadásom képezte. Ezzel azonban nekünk nem szabad megelégednünk. Megvallom, hogy én a magam részéről teljesen indokoltan tartom azt a félelmet, a melylyel a szegényebb néposztályhoz tartozó venereás beteg a kórházak iránt viseltetik s melyet bizonynyal mindazon kártársaim is tapasztaltak és folyton tapasztalhatnak, a kiknek alkalmuk van nagyobb venereás kórházi beteganyagot megfigyelni.

Tény az, hogy az ilyen beteg, különösen, ha pár száz korona értékű vagyonkaja is van, jobban fél a kórháztól, ha syphilist kap, mint a tisztító tüztől, mert a kis vagyonka vagy legalább annak jó része kórházi költség fejében úszik el. És ezt tőlük rossz néven venni igazán nem lehet. Hogy ennek következtében hány syphilises beteg titkolja el baját és nem lesz egyáltalában gyógykezelve, az könnyen elképzelhető.

Mi nekünk oda kell törekedni, hogy a syphilises beteg kórházi gyógykezelése feltétlenül ingyenes legyen és én nagyon szeretném, ha meghallanák szavamat azok, a kiket illet; mert ha szavam gyenge is, de erőt ad neki az, hogy az ország első orvosi foruma az, a mely előtt szerencsés vagyok beszélni; hogy pedig a mélyen tisztelt kártárs urak ezen pontban velem valamennyien egyetértenek, arról meg vagyok győződve.

A mi a második pontot illeti, hogy t. i. a prostitutio ellenőrzése már csak azért sem válhatik sohasem egy tökéletes intézménnyé, sőt annak csak egy nagyon is relativ értéke fog lenni, mert akárhogy erőlködünk is, a prostitutiot keresetszerűleg üző nőszemélyeknek csak egy igen kis részét fogjuk ellenőrzés alá vonhatni, azt bővebben — azt hiszem — nem szükséges fejtegetnem. Igaz ugyan, hogy a titkos prostitutionak azon és tényleg különösen veszedelmes részét, a melyik egészen nyíltan és szemérmetlenül, minden személyválogatás nélkül üzi mesterségét és a mely a nyilvános prostitutiotól csak abban különbözik, hogy nem áll ellenőrzés alatt, könnyű lenne kinyomozni a rendőrségnek és az orvosi vizsgálat számára hozzáférhetővé tenni, hisz az ezt legtöbbszörre már ismeri is. Azonban ne felejtjük el, hogy egyrészt, ha a rendőrségnek igen nagy hatalmat adunk a kezébe, ha az egyszerű közrendőr felfogásától és tapintatától tesszük függővé, hogy kit tartson ő ily titkos kéjűnek, a kit bekisérnie és előállítania szabad, sőt kötelessége, ez okvetlenül mindig túlkapásokra vezet és vezetett eddig mindig és mindenütt és fog is vezetni. Már pedig a közérköleség szempontjából, megvallom, sokkal károsabbnak vélem, ha egyetlen tisztességes nőszemély lesz insultálva, mintha tíz más titkos prostituált szabadjára hagyatik.

Másrészt azonban az ilyen notorius titkos kéjűk csak egy kisebb, sőt aránytalanul kisebb részét teszik ki a titkos prostitutionak; e mellett azonban minden nagyobb város-

ban légióra megy azon nőszemélyek száma, a kik valamely polgári foglalkozás ürügye alatt tulajdonképen a prostitutióból élnek. Ezek a venereás bántalmak főterjesztői már csak számuknál fogva is, ezekkel szemben pedig a rendőrség egészen tehetetlen, mert nincsen a földkerekségnek annyi rendőre, a mennyi elégséges lenne ezeknek az ellenőrzésére. De mindettől eltekintve, egy ilyen, mindennemű titkos prostitutio elnyomására irányuló kísérlet az egyéni szabadságot és jogokat nagyon is közelről érdeklő beavatkozás lenne, a mely okvetlenül a társadalmi rend felforgatásához vezetne; mert ne méltóztassék elfelejteni, hogy prostituált mindig csak annyi volt, annyi van és annyi mindig lesz is, bármit csináljunk is, a mennyire szükség van, a mennyi elégséges a férfiak szükségletét kielégíteni; és nagyon helyesen mondja *Neisser*, hogy a prostitutio tulajdonképen nem is egy nőkérdés, hanem egy férfikérdés, mert a férfiak creálják a prostituáltakat és creálják az egész prostituáltot, mert ha egyszer a kereslet a prostituatio után a férfiak részéről megszűnnék, megszűnnék az egész prostituatio is.

* * *

De ha legalább azon kis részénél a prostitutionnak, a mely tényleg ellenőrzés alatt áll, lenne az úgy végrehajtva, hogy az az ellenőrzés nevet tényleg meg is érdemelje.

Azt mondtam azelőtt a 3. pontban, hogy a prostituatio ellenőrzése — és pedig itt első sorban az administratív ellenőrzést értem — úgy, a mint az manapság nemesak nálunk, hanem máshol is gyakoroltatik, határozottan elégtelen.

Foglalkozni akarok ezen ponttal is röviden, mert meggyőződése, hogy abból, miszerint a venereás bántalmak a reglementatio daczára is folyton terjednek, még nincsen jogunk azt következtetni, mint azt az abolitionisták teszik, hogy tehát ime minden reglementatio felesleges, tehát töröljük el az egész rendszabályozást. Mert meggyőződése, hogy igenis tudnánk eredményeket felmutatni a reglementatio által a venereás bántalmak megszorításában, ha nem is fényes, de legalább számbavehető eredményeket, ha az ellenőrzést más, egészségesebb alapokra fektetnők.

A mult év telén lakóhelyem, *Kolozsvár* városának egyik hatósági orvosa, a kinek vállaira többed magával a prostituáltak orvosi ellenőrzése is nehezedik, *Pataky Jenő* igen tisztelt barátom egy emlékiratban, a melyet a városi tanáshoz intézett, felhívta figyelmünket azon visszaélésekre, a melyeket a bordélyokban tapasztalt, a melyeket mindenikünk sejtett, esakhogy nem volt alkalmunk ezt kézzel foghatólag bebizonyítani. Elmondotta, hogy megtörténik gyakran, hogy az újonnan érkezett kéjő, a ki notabene a legtöbbször azért *érkezik*, mert beteg lett és megszökik azon helyről, a hol addig volt, hogy kórházba ne kerüljön, de a ki másrészt mint friss hús, friss árú a legnagyobb attraktíót képezi a bordélyt látogató közönség számára és a legnagyobb hasznót nyújtja a gazdának, a bordélytulajdonos részéről napokig, sőt még tovább nem jelentetik be és ily módon visszatartatik az orvosi vizsgálatától; megtörténik gyakran, hogy ha valamely már régebben a bordélyban tartózkodó leány megbetegszik, az nem bocsátatik az orvosi vizsgálatához, hanem, hogy a létszám meglegyen, egy másik, egészséges kéjő lesz az előbbinek ruhájába bújtatva, a ki azután kétszer kerül fel a vizsgáló asztalra stb.

Ime mélyen tisztelt orvosgyesület, midőn én ezelőtt hat évvel ugyanezen helyen a prostituatio ellenőrzési rendszerét korhadtnak, magának a prostitutionnak állapotát siralmasnak jeleztem, milyen támadásoknak voltam némelyek részéről a mélyen tisztelt kartárs urak közül kitéve; úgy tüntették fel a dolgot, mintha én egy egész testület, saját kartársaim, a rendőrorvosi kar ellen akartam volna támadást intézni, pedig hát ez eszem ágában sem volt. Ime egy újabb bizonyítéka annak, hogy én már akkor elevenére tapintottam a dolognak, hisz most ugyanezeket a dolgokat egy hatósági orvos mondja, a kinek közvetlen alkalmam van azokat észlelni, és a kit ezen bátor fellépéseért, a melylyel a közegészségügynek bizonynyal nagy szolgálatot tön, csak elismerésünk illethet meg. Nos hát a hatósági orvosok a legjobb tudásukat vethetik latba és a legnagyobb lelkiismeretességgel végezhetik fárasztó és nehéz munkájukat, de a míg ilyen dolgok megtörténnek — és biztosíthatom Önöket mélyen tisztelt kartárs urak, mindenütt megtörténnek, nemcsak nálunk —, addig, mond-

juk ki nyíltan, az egész ellenőrzés prophylaktikus értéke teljesen illusorius. Mert uraim, az a kéjő, a ki egy nyilvános, hatósági ellenőrzés alatt álló bordélyban, a hol a kéjő kihasználása a legnagyobb, csak pár napig is friss syphilissel prostituált és ezen idő alatt — kedvező esetet véve fel — csak 4—5 embert ragályoz syphilissel, ha azontúl egész pályafutása alatt sohasem fog többé senkit sem megfertőzni, már akkor is eleget tett arra, hogy a venerea soha ki ne pusztuljon, hanem mindig terjedjen.

És mit használ az orvosi ellenőrzés akkor, ha mondjuk, egy bordély nyolcz hölgye közül hét egészséges, csak a nyolczadiknak van friss syphilis, de épen ez a nyolczadik nem jó, ha csak egyszer is, hát még ha többször orvosi vizsgálat alá. Ha a bordélytulajdonos jóakarától teszszük függővé fiatalágunk, esetleg saját gyermekeink legfőbb kincsét, egészségét, úgy azt hiszem, nem maradok magamban, ha azt mondom, inkább töröljük el az egész reglementatiót, legalább a közönség tudni fogja magát mihez tartani.

Mert azt sem szabad elfelejtenünk, hogy a prostituatio orvosi ellenőrzése annak látogatóiban, hogy úgy mondjam, bizalmat gerjeszt, a biztonság érzését kelti fel az iránt, hogy fertőzve nem lesznek és azt mindenki tudja, a ki a viszonyokkal ismerős, hogy a prostituált látogató férfiközönség azon része, a melyik leginkább fél a fertőzéstől, a bordélyokat és egyáltalában a kéjőket sokkal nagyobb számban látogatja épen az orvosi vizsgálat napjain.

Hogy mennyire csatlakozhatnak a legtöbbben, és pedig épen nem a hatósági orvosok hibájából, az elmondottakból eléggé ki-világlik.

Nem akarok itt ezen viszonyokkal hosszasan foglalkozni, mert nagyon is elnyúltá tenné előadásomat. Azokat, a miket ezen állapotok sanálására nézve okvetlen szükségesnek tartok, alkalmam volt egy elaboratumban kifejtteni, melyet épen *Pataky* kartársam említett beadványa folyamánaként az országos orvosszövetség kolozsvári fiókjának választmányára elé voltam szerencsés terjeszthetni, és a mélyen tisztelt kartárs urak közül azoknak, a kiket a dolog közelebbről érdekel, lesz alkalmuk abba betekintést nyerhetni.

Hogy lesz-e ezen épen a kolozsvári orvosok kebeléből kiinduló mozgalomnak valamely üdvös hatása is, majd elvállik. Megvallom, én nem nagyon hiszek benne, mert engem a tapasztalás e tekintetben már pessimistává tett, és nem hiszem, hogy a prostituatio állapotán valaha igazán sikerüljön segíteni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Bródy Adél-gyermekekórház sebészi osztályáról.

Az átjárhatlan bárzsingszűkületek retrograd sondázása gastrostomia után.

Közli: *Alapy Henrik* dr. egyetemi magántanár.

Az úgynevezett átjárhatlan bárzsingszűkületek eseteiben, midőn a beteg már nemesak szilárd táplálékot, hanem folyadékot sem képes lenyelni és a midőn a szűkületen a legvékonyabb műszerek sem vezethetők át, gastrostomiát vagyunk kénytelenek végezni, hogy a beteget a fenyegető éhhaláltól megmentjük.

Ezt a legközelebbi ezélt helyes műtéti módszer megválasztásával aránylag könnyen érjük el. A gyomorsipolyt úgy tudjuk készíteni, hogy azon át kellőleg táplálhatjuk a beteget a nélkül, hogy tartanunk kellene attól az igen kellemetlen complicatiótól, mely a gyomorsipolyt régebben kísérte és mely abból állott, hogy a nem záró sipolyon át a gyomor tartalma folyvást kiömölve, a hasfal bőrét emésztette és azon rendkívül makacs és kínzó eczemát okozott.

A gyomorsipolyt zárokészülékkel való ellátását háromféle úton igyekeztek elérni. Az egyik, melyet *Hahn*, *Frank* és *Sabanejew* követtek, a kivarrott gyomoresücsöknek a bőr alatt tovavezetéséből és egy másik sebben való megnyitásából állott. Ez a diverticulumpézés módszere. Nem vált be; mert a gyomor vongálása folytán az eredetileg ferde csatorna kiegyenesedik és a zárás elégtelenné válik.

A másik a *Hacker* eljárása, mely a bal egyenes hasizmon való keresztülhatolásból és ez izom rostjainak záróizomul való

felhasználásából áll. Ez a módszer úgy a Hacker, mint más sebészek kezében is kitűnőnek bizonyult; még oly esetekben is, hol az eredetileg szűk sipolyt retrograd tágitás stb. céljából utólag annyira tágitották, hogy az a mutatóujjat átbocsátotta, a sipoly ennek daczára továbbra is jól zárt, a nélkül, hogy obturator segélyét kellett volna igénybe venni.

A harmadik út Witzel választotta. Az ő módszere ferde esaternak képzéséből állott magának a gyomornak a falzatában. Úgy a Witzel eredeti módszere, valamint annak számos változata (Kocher, Kader, Marwedel) jól záró sipolyt eredményez.

Ha tehát a két utóból nevezett eljárás egyikét — esetleg a kettőnek kombinációját — alkalmazzuk, oly sipolyt tudunk készíteni, melylyel a gyomortartalom kiömlését meggátoljuk. És ha a gyomorsipolyt különben gyógyíthatlan betegség, az oesophagus rákja miatt készítettük, akkor ezzel be is fejeztük teendőinket, midőn ily módon a beteg utolsó heteit vagy hónapjait tűrhetőbbé változtattuk. Többre nem vagyunk képesek.

Egész másképp áll azonban a dolog, ha a gastrostomiát *gyógyítható* betegség miatt végeztük. Értem ez alatt azokat a *heges szűkületeket*, melyek maró méreg (lúg vagy sav) nyelése után képződtek az oesophagusban. Ezeknél a gyomorsipoly készítésével nem szabad megelégednünk. Az ő sorsuk is kedvezőbbé vált ugyan a sikeres gastrostomia után, mint volt azelőtt; hiszen megmenekedtek a fenyegető éhhaláltól. De az állandó gyomorsipoly viselése mégis sokkal nyomorúságosabb állapot, semhogy minden módot meg ne kísértenénk arra, hogy a bárzsingot ismét átjárhatóvá tevé s azután a sipolyt elzárván, a beteget teljesen meggyógyítsuk.

Az ember azt hinné, hogy ez a feladat a gyomorsipoly jelenléte által nagyon meg van könnyítve. Hiszen a sipolyban újabb útra tettünk szert, melyen át megfordított irányban *alulról* próbálhatjuk meg a szűkület sondázását, mely azelőtt *felülről* nem sikerült. Ha tekintetbe vesszük azt a kórtanból ismert tényt, hogy a bárzsingszűkület fölött gyakran diverticulumszerű kiöblösödés képződik, melyben a kutató könnyen eltéved, míg ellenben az alulról bevezetett sonda ily akadályra nem talál, akkor plane azt kellene hinni, hogy a sondázás alulról aránylag könnyen fog sikerülni.

Sajnos, nem így van. A tapasztalás ellenkezőleg azt mutatja, hogy a gastrostomia után megkísértett retrograd (alulról történő) sondázás a legtöbb esetben *nem sikerül*.

Az ide vágó irodalom gondos tanulmányozása daczára és két kétes eset¹ hozzászámításával is *mindössze csak hat esetet tudtam találni, a melyekben a felülről lehetetlennek bizonyult szondázás alulról sikerült*. Ezek a Schattauer,² Lindner,³ Murray⁴ és Delagènière⁵ esetei.

Ide kell továbbá sorolni még két esetet, t. i. a Socin⁶ és Kraske⁷ eseteit, melyekben az első áthatolás ugyan nem alulról, hanem felülről történt, de melyekben az első átvezetett műszer (sörét szemre, illetőleg csomóra kötött fonál, melyet a beteg lassanként lenyelt) oly természetű volt, hogy azt gyomorsipoly nélkül a tágitás céljaira egyáltalán nem lehetett volna felhasználni.

Való igaz, hogy ezeken kívül az irodalomban még számos más közleményre akadunk, melyekben a bárzsingszűkület sikerrel végbevitt retrograd dilatációjáról van szó. Ez a kifejezés azonban — bizonyára nem szándékolt — megtévesztésre alkalmas. Mert a „retrograd dilatatio“ alatt azt lehetne érteni, hogy a felülről átjárhatlannak bizonyult szűkület a megfordított úton tétetett átjárhatóvá, mint a hogy ezt a kifejezést érteni szoktuk pl. a húgycsőszűkület retrograd tágitásánál. Pedig itt nem azt jelenti. Hanem csak azt, hogy a most két oldalról hozzáférhető szűkület kitágítása könnyebben megy végbe, mint akkor, midőn a szűkülethez csak felülről lehetett hozzáférni. Azonban az első műszer,

mely azután a többieket vezette, *megint csak felülről, a szájból tolatott át a szűkületen*. Hogy miért nem alulról, a gyomorból? Mert nem lehetett.

Azért a gastrostomia szerepét ez irányban sem szabad kicsinyíteni. Számos tapasztalásból tudjuk, hogy a műtét előtt (és alatt) még átjárhatlan bárzsingszűkület a gastrostomia után pár nap vagy pár hét múlva önmagától vált átjárhatóvá, annyira, hogy a beteg ismét képes lett folyadékot nyelni, sőt vékony műszert is (a szájból) be lehetett vezetni a gyomorba. Valószínűleg azért, mert az azelőtt folytonos sikertelen nyelési kísérletek által izgatott, és ennek folytán vérdús, talán göresös bárzsingszűkület most megnyugszik, leohad, görese megszűnik. Ily módon már számos bárzsingszűkület vált gyógyíthatóvá, bár a tágitás közvetlenül a műtét után sehogyan sem sikerült.

Sőt tovább megyek. Bátran állíthatjuk, hogy a gyomorsipoly segélyével *sikeresen* dilatált bárzsingszűkületek *nagyobb részének* gyógyítása ezen az úton ment végbe jó idővel a gastrostomia után. Így az első műszernek a szűkületen való átvezetése (a szájból) Terillon-nak¹ körülbelül 5 hóval a gastrostomia után sikerült, Demons-nak² 3–4 héttel, Herczel-nek³ 1–2¹/₂ hóval a gyomorsipoly készítése után.

Annyi azonban bizonyos, hogy eme szűkületek kitágítását — ha közvetve is — mégis csak a gyomorsipoly tette lehetségessé.

Ha egyszer sikerült egy vékony műszert átvezetni a szűkületen — már akár alulról, akár felülről —, akkor a feladat további része aránylag egyszerű. Számos módszert ismerünk, a melyet követve, ezen első műszer segélyével a szűkületet gyorsan és biztosan kitágíthatjuk. Ilyen pl. az Abbe módszere (selyemfonállal való reszelés), a Kraske eljárása (fonálra kötött elefántesont-olívák áthúzása) és a méltán legerőteljesebb, mert legegyszerűbb, a Hacker-féle úgynevezett „Sondiren ohne Ende“ kihúzott kauesuk-drainesövek segélyével.

Ez tehát aránylag könnyű. Ellenben nehéz, sőt nagyon nehéz feladat: az első műszernek a szűkületen való keresztül vezetése, a *stricturán át vezető útnak megkeresése*. Erre való módszereink, sajnos, nagyon tökéletlenek.

Egyike a legjobbaknak az, a melyet fentebb említettem: türelemmel várni egy pár hetet, míg a sipolyon át való táplálkozás ideje alatt a bárzsing megnyugszik, s azután kísértani meg a szájból való sondázást. Elég gyakran siker kíséri. De nem kell ám azt hinni, hogy mindig sikerül. Sőt az e téren nagy tapasztalással bíró Hacker hangsúlyozza, hogy a bárzsing pihentetésével néha ép ellenkező hatást érünk el. Vannak szerinte olyan szűkületek, melyek a gastrostomia idején még átjárhatók voltak és azon idő alatt váltak impermeabilisakká, míg a beteget a sipolyon át táplálták.

Egy másik módszer az úgynevezett sörétmódszer. A fent idézett két esetben (Socin, Kraske), továbbá Eiselsberg⁴ két esetében bevált ugyan, de nem valószínű, hogy igazán szűk stricturáknál gyakran vezessen sikerre.

Ha mind e kísérletek kudarcot vallottak, meg lehet próbálni a külső bárzsingmetszést, melynek sebéből nemcsak rövidebb, de egyenesebb úton is lehet a szűkületet kutaszolni, minek folytán már elég gyakran sikerült egy másképp átjárhatlan szűkületet passirozni.

Vannak olyan kanyarodott lefutású stricturák, hol más út nem is vezethet célhoz, mint pl. Tietze⁵ egyik esetében. De általános szabályul ajánlani épen nem lehet. Elég súlyos beavatkozás már maga a gastrostomia is. Ehhez még az oesophagotomiát is hozzácsatolni, ha nem okvetlenül szükséges, nem kívánatos.

Mindezek a módszerek arra vonatkoznak, hogyan kell a gastrostomia után az első műszert átvezetni a bárzsingszűkületen *felülről, a szájból*. Méltán kérdezhetni, hogy ha már meg van az a gyomorsipoly, melyet azért készítettünk, mert a szűkületet sondázni vagy legalább tágitani felülről nem lehetett: miért nem használjuk fel a sipolyt és miért nem próbálunk *alulról, a gyomorból* sondázni?

¹ Kétesek annyiban, hogy a Turner (Ref. Centralblatt f. Chirurgie 1890. 908. 1.) és Woolsey (Ref. Centralbl. f. Chir. 1895. 1190. 1.) eredeti közleményeik számomra hozzáférhetlenek voltak, a referátum pedig oly homályos, hogy abból nem vehető ki az a körülmény, vajjon a sikeres dilatációt alulról vagy felülről bevezetett műszer tette-e lehetségessé.

² Ref. Centralblatt f. Chir. 1884. 95. 1.

³ Berliner klin. Wochenschr. 1895. 157. 1.

⁴ Ref. Centrbl. f. Chir. 1895. 1152. 1.

⁵ Ref. Centralbl. f. Chir. 1898. 750. 1.

⁶ Hagenbach közleménye 1889. Idézve a Gissler dolgozatában.

⁷ Gissler. Beiträge z. klin. Chirurgie. 1892. 109. 1.

¹ Le Progrès Médical. 1890. 244. 1.

² Francia sebészek IX. congressusa.

³ Orvosi Hetilap. 1896. 534. 1.

⁴ Deutsche med. Wochenschr. 1894. 362. 1.

⁵ U. a. 1898. 15. és 16. sz.

Megkísérteni ugyan körülbelül mindenki megkísértette, a ki hasonló indicatióból valaha gyomorsipolyt készített.

E kísérletek nyomait megtaláljuk a legtöbb közleményben; azt olvassuk, hogy „hosszas és fáradságos kísérletek”, „számos ülésre kiterjedő próbálgatás”, „a legkülönbözőbb műszerekkel való kísérletezés” stb. stb. dacára a szűkület passirozása a gyomorból nem sikerült. Mindössze a fentebb említett négy (hat?) esetben koronázta siker e próbálgatásokat.

Ennek oka abban rejlik, hogy a legnehezebb aktus számára nincs módszerünk, mely a módszer elnevezést igazán megérdemelné.

Javaslatokban valóban nem volt hiány. De az ajánlott eljárások vagy kivihetetleneknek, vagy veszélyeseknek bizonyultak. Feleslegesnek tartom őket egyenként tárgyalni; hiszen hogy mennyit érnek, az eredmény mutatja. Azt a veszedelmes tanácsot, hogy a gastrostomia alkalmával egész kezünket vezessük be a hasba, mutatóujjunkt pedig a *ki nem varrott* gyomor sebébe, hogy az alulról való sondázást megkönnyítsük (*Kendal-Franks*), vagy azt a plane kalandosan hangzó javaslatot, hogy a szűkületet hegyes trokárral bökjük át (*Bernays*²), esakis azért említem fel, mert igen élénken illusztrálják azt a tényt, hogy a szóban forgó nehéz művelet számára veszélytelenül és biztosan dolgozó módszerrel nem rendelkezünk.

Módszer hiányában pedig a gyomorból való bárzsing-sondázás igazán nem áll egyébből, mint vak tapogatódzásból a legkülönbözőbb műszerekkel, melyekkel a sebész arra törekszik, hogy először a cardiába jusson be, a mi nem olyan könnyű, mint a millyennek látszik, s azután a szűkületen hatoljon át, a mi még sokkal nehezebbnek sikerül. *Módszernek* ezt az eljárást, melynél csakis türelemre és jó szerenésére vagyunk utalva,³ bizony nem lehet nevezni.

Ha tehát a dolog úgy áll, hogy a bárzsingszűkület sondázása a szájból *elég gyakran* nem sikerül, a gyomorból pedig *többször* nem sikerül, akkor kell lenni olyan esetnek is, a hol a sondázás egy oldalról sem sikerül; és akkor az ilyen szerenésellen betegre nagyon szomorú sors kell hogy várjon.

Tényleg így is van. Elég számos kórtörténet van közölve (és talán még több, a mely nem lett közölve), hol a szűkületet passirozni sem alulról, sem felülről nem lehetett, és a beteg ennek folytán állandó gyomorsipolyt kénytelen viselni addig a míg él. A mi rendszerint nem szokott sokáig tartani.

Elegendő oknak vélem ezt arra, hogy közöltessék minden újabb módszer, mely az ú. n. átjárhatlan bárzsingszűkület első sondázását megkönnyíti. Ilyennek tartom azt az eljárást is, melynek segítségével alább közlendő esetemben a gyomorsipoly készítése után sikerült a gyomorból passirozni s ez úton teljesen meggyógyítani az addig átjárhatatlannak bizonyult heges bárzsingszűkületet.

A 7 éves R. József 1899. márcziusban tévedésből lúgoldatot ivott. Május hóban pépes táplálékot még le tudott nyelni, nyár közepe óta azonban már csak csőrékkel lehetett táplálni. A Bródy Adél-gyermek-kórház sebész osztályára 1899. augusztus 25-dikén tetetett át.

Jelen állapot. A hosszú éhezés folytán a gyermek rendkívül le volt fogyva és elgyengülve. Nyelni egyáltalán nem tudott többé, még a lassan és óvatosan nyelt víz is regurgitált a második korty után. Sondavizsgálat: Az első szűkület 18 cm.-re a fogsor mögött. Hajszálbougiek, melyeket e helyen nagy fáradsággal át lehetett vezetni, pár centiméterrel a cardia fölött akadtak el újlag. Ezen az akadályon átvezetni a legvékonyabb műszereket sem lehetett.

Miután ezeket a sondázási kísérleteket a belosztályon már hetek óta siker nélkül folytatták és a gyermek mód nélkül gyöngye állapota további próbálgatást tiltott, még aznap műtétet végeztem rajta. Chloroformnarkosis. *Gastrostomia* a *Hacker*-féle metszésnek megfelelő helyen. A gyomoresücsök kivarrása után a gyomorba oly nyílás készítettett, mely a mutatóujjat még épen hogy átbocsátotta. A varratok második sorának elkészülte után a legkülönbözőbb műszerekkel próbáltam a szűkületen átjutni, de eredmény nélkül. Félórán át tartó kísérletek után ettől el kellett állani.

Miután a kis fiú egy héten át pihent s ez idő alatt a gyomorsipolyon át bőven tápláltatott, szeptember 2-dikán második kísérlet történt a bárzsingszűkületnek a gyomorból való sondázására, a mi többszörös sikertelen próba után végre a következő műfogás segítségével sikerült.

Először egy 15. számú, olivás csúcsesal ellátott konikus francia rugalmas bougiet vezettem be az oesophagus kardialis végébe, melyben előtoltam addig, a meddig a szűkület engedte. Erre a bougiera egy oldalablakkal nem bíró 20. sz. Maisonneuve-féle kathetert húztam ugyanolyan módon; a hogyan ezt a műszert a Maisonneuve-féle belső hügyesömetszészénél a vezető sonda fölé szokás húzni. Midőn a katheter nyílt vége az akadályhoz ért, a bougiet visszahúztam és helyére a katheterben egy filiformis bougiet toltam előre. Midőn ez a stricturát elérte, meglepő könnyűséggel sikerült a vékony műszert a szűkületen keresztül a szájba feltolni. Hogy ezt az eljárást minő okoskodás alapján választottam, arra alább még visszatérek.

A többi könnyű volt. Két napon át *Hacker* eljárása szerint kihúzott draincsövek segítségével tágitottam a szűkületet, azután az időszaki fokozatos tágitást kezdtem meg *Phillips*-féle bougiekkal, eleinte negyednaponként, később mind hosszabbra kinyúló időközökben, utóbb csak havonként egyszer.

Daczára annak, hogy a táplálkozás már a harmadik héten többé nem a sipolyon történt, hanem a szájból akadálytalanul ment végbe, a sipoly operatív elzárásával mégis két hónapig kellett várni, miután időközben baloldali tüdőlob lépett fel, melynek folytán az igen gyöngye, lázas gyermeknél mindenféle beavatkozástól tartózkodni kellett. A tüdőlob oly hosszúra húzódt, hogy tüdőtályog felleptét kellett kórismézni, melyet azonban az egész bal tüdőre kiterjedő tompulat mellett nem lehetett lokalizálni; a próbapunctiókkal genyre akadni nem sikerült. Csak december havában, midőn — nyilván a tályognak a pleura üregébe való áttörésével — baloldali genymell lépett fel s a 7. borda resectiójával a geny lefolyásának bő útát lehetett nyitni, vált a gyermek láztalanná. Ettől kezdve a gyógyulás simán folyt le. Időközben (október 23) egy aránylag lázmentes időszakban a gyomorsipolyt is elzártam volt, a kivarrott gyomor előzetes leválasztása nélkül, egyszerű felfrissítés és varrat segítségével. A sipoly per primam begyógyult.

Midőn a kis fiú május 26-dikán a budapesti kir. orvosegyesületben bemutattattott, mindennemű ételt könnyen tudott nyelni és egész vastag bougiekat (*Charrière* 28. sz.) is akadálytalanul be lehetett vezetni a bárzsingon át a gyomorba, daczára annak, hogy az utolsó tágitás óta már hónapok multak volt el.

Ez tehát a 7-ik (vagy talán csak 5.) eset, melyben a szájból átjárhatlan bárzsingszűkület kitágítása oly módon sikerült, hogy az első vezető műszer tényleg retrograd úton, t. i. a gyomorból hatolt keresztül a szűkületen.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.

A májbeli echinococcus-tömlők infectioiról és elgyenedéséről.

Közli: *Winternitz M. Arnold* dr. műtőnövendék.

(Vége.)

Echinococcus-fejlődés és epeut-infectio, illetve angiocholitis azon két tényező, melyekből a minket érdeklő kórkép összetevődik. Természetes, hogy az utóbbi tényező *in-* illetve *extensitása* szerint az egyes esetekben változhatik. Mert a tömlőgyenedést okozó epeutinfeciót nem szabad úgy felfognunk, mint a mely minden egyes esetben genyes gyuladással borítja az egész epevezető tractust, a choleodochus bélbeli nyílásától a legtávolabb fekvő májacinusig! Az lehet egyik esetben egész *kicsiny* területre, csak a tömlő által comprimált s tágult epeútszakaszra szorító gyuladás, a másik esetben *nagyobb kiterjedésű*, az epehólyagot, valamint a többi intrahepatikus epevezeték területét is elárasztó gonosz fertőzés!

Míg első esetünkben könnyű s bizonyára csak a tömlő területére áttevődött infectionnak kellett jelen lennie, addig a második, halálosan végződött esetben nagyon súlyos volt az angiocholitis, mert számos (angiocholitis) tályogot okozott a tömlőtől *távol is* a májban.

Látni való, hogy az echinococcus genyedésekkel is úgy vagyunk, mint a calculeus cholecystitis, illetve angiocholitisokkal. Ott a parasita, itt a kő képezi az esetleges genyes epeut complicatiók megindító okát. A complicatiók további sorsa, *in-* vagy *extensitása* azonban már nem a kötől vagy a parasitától függ, hanem tisztán az infectio nemétől s virulentiájától! Innen van az, hogy úgy az echinococcus genyedések, mint a cholelithiasisok úgy klinice, mint kórbonevizálgatás rendkívül különbözők lehetnek a szerint, a mint az infectio könnyebb vagy súlyosabb karakterű, körülírt vagy tovaterjedésre hajlamos. Ettől fog függni, vajjon az csak

¹ Ref. Centralblatt. f. Chir. 1894. 585. I.

² New-York Medical Journal. 1895. 851. I.

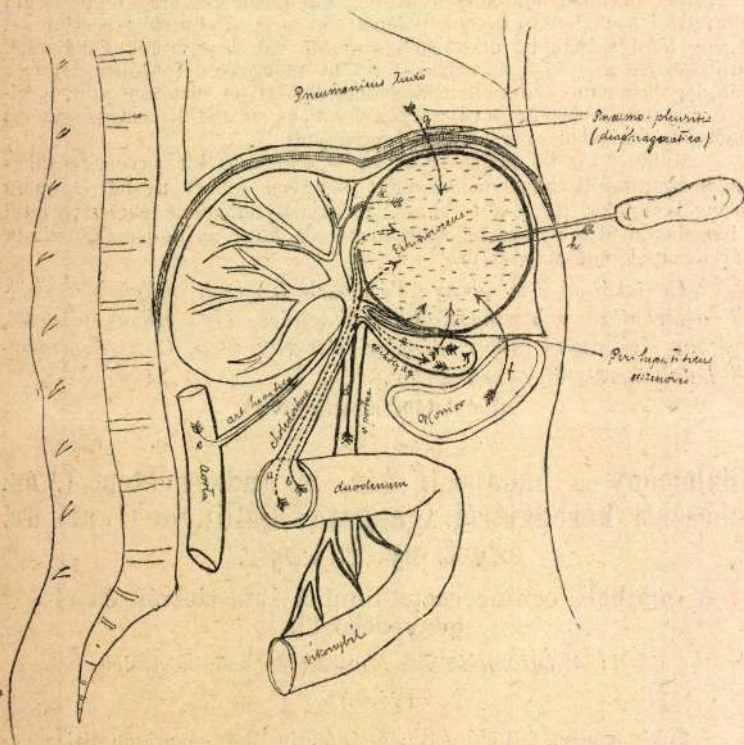
³ „Wer jemals sich abgemüht hat, von einer Magenistel aus mit einem sonden- oder katheterartigen Instrumente in die kardiale Öffnung des Oesophagus einzudringen, der wird zugeben, dass bestimmte Vorschriften bezüglich der Form und Beschaffenheit des Instrumentes und bezüglich der Führung desselben nicht gegeben werden können, sondern dass es im Grunde lediglich Sache des Zufalls ist, ob das Instrument in den Oesophagus eindringt, oder nicht“. *Gissler*, I. c. 120. I.

a kő vagy echinococcus körül marad-e localizálva avagy pedig hatalmába kerít-e más epeút-, illetve májrészeket is.

Cholelithiasisnál a lázzal fellépő icterus mindig ominosus, mert nem tudhatjuk, nem az ascendáló angiocholitis részjelensége-e! Úgy vagyunk e fontos tünettől az echinococcusnál is. *Már genyedésben lévő tömlőnél az icterus a mechanikus obstruction kívül ascendáló angiocholitis is jelenthet; nem genyedő echinococcusnál pedig figyelmeztethet a felhágó epeútinfectio esetleges bekövetkezésére!*

Icterus májechinococcusos betegnél mindenképp ominosus tünetnek veendő, s bő anyaga alapján jól mondja Raffi: chez un malade porteur d'un kyste hydatique et chez lequel survient de l'ictère, on doit craindre les plus graves accidents.

Ha az echinococcus klinikai diagnózis a mai operatív technika mellett a véres beavatkozást jogosulttá teszi, úgy a fentebb részletezettek alapján azt hiszem minden kórboneztanilag gondolkozó orvos icterus vagy cholecystitis, illetve angiocholitis tünetek jelentkezése mellett az azonnali, feltétlen operatív beavatkozás hívévé szegődik. Mert ha a parasitát operatív úton eltávolítani jogos és előnyös, úgy icterus s angiocholitis jelentkezése esetén a további, kiszámíthatatlan kimeneteli complicatióknak elébe vágni



vagy legalább azok előnyös lefolyására alkalmas anatómikus viszonyokat teremteni nemcsak jogos, de mulasztatlan kötelesség!

Eseteim kapcsán a fennebbiekben a májechinococcusok elgenyedésének azon infectio-mechanismusát részleteztem, melyet az irodalmi adatok s a májgenyések általános pathológiája alapján leggyakoribbnak kell tartanom.

Hiba volna azonban azt hinni, mintha ezzel azt állítanám, hogy a májechinococcus genyedések kivétel nélkül mindig ezen ascendáló angiocholitis infectionnak eredményei! Vannak kétségtelenül esetek, melyek a bevezető részben felemlített többi infectio módnak, minő a vena portae felőli resorptionalis fertőzés, a szomszédos hasi vagy mellkasi szervek felőli lymphaticus infectio, vagy végre a nagy vérkörön át történt fertőzéseknek köszönik eredetüket! Itt csak azt igyekeztem fejtegetni, hogy eseteimet s a májinfeciók általános pathológiáját, valamint az echinococcusok májbéli topographiáját tekintve, az enterogen felhágó infectióknak kell a gyakoribbaknak lenniök, s hogy ezeknek alapján az epeutcomplicatiók — májechinococcus jelenlétében — klinice mily szempontból bírálendók el.

Azon vád elől eleve ki akarok térni, mintha az eseteimben talált „*Diplobacillus parvus intestini septicus*”-nak nevezett csírt a májechinococcusok genyedésében — támogatva Chauffard és Vidal „negatív” leletei, valamint azon körülmény által, hogy számára az echinococcus-folyadék és epe jó táptalaj — „specifikus”

jelentőségre kívánnám emelni. Erről szó sem lehet, hisz magam hozom bizonyítékát, hogy e microorganismus *féregnyújtványlobokat is okozni képes*. Józan bacteriologikus okoskodás mellett semmi-nemü enterogen genyes infectionál „specifikus” csírokat várni nem lehet! Itt előfordulhat a bélhuzam időleges vagy állandó pathogen csírajának bármelyike *egyedül* vagy *associálva*, társ-infectiók képében másokkal. A kérdés csak az lehet, hogy egyik vagy másik fajta gyakoribb-e?

Az általam leírt, eddig úgy látszik ismeretlen diplobacillus súlyos, sőt halálos infectiókat létesíteni képes tulajdonságainál fogva azt hiszem megérdemli, hogy az abdominalis, nagy fontosságú infectiók terén a figyelem feléje forduljon, annál is inkább, mivel eskis bizonyos specialis technikai fogások igénybevételével mutatható ki.

Fontos volna eldönteni: 1. vajjon e csír az emberi bélhuzamnak állandó avagy passager lakója-e, 2. mily körülmények között képes infectiora?

Jelenlétét a béltartalomban kimutatni, apró coloniái s a bélbacteriumok óriási száma miatt, megvallo, fáradságos munka lenne. Magam e kérdés tekintetében másnemü elfoglaltságom miatt vizsgálatokat nem tehetek.

Nem mulaszthatom el végül, hogy Dollinger tanár úrnak az anyag átengedéseért, Pertik tanár úrnak pedig szíves utasításaiért e helyen is köszönetemet ne nyilvánítsam.

Mellékelt schematikus ábrán azon utakat s módokat igyekeztem érzékíteni, melyek mentén, vagy melyek szerint a májbéli echinococustömlők fertőződhetnek. Az infectiók terjedési módjait s utait a nyilak jelzik.

a) A bélumen felől a ductus choledochus mentén *directe* felhágó fertőzés, mely egy arrodált intrahepatikus epeút révén a tömlőhöz jut. (Direct egyszerű enterogen infectio.)

b), c) A bélumen felől a ductus choledochus mentén felhágó infectio, mely az epehólyag közbeiktatásával, tehát cholecystitikus jelenségek kíséretében terjed át a tömlőre. (Direct „complicált” enterogen infectio.)

d) A vena portae felőli *resorptionalis, embolikus* infectio útját jelzi.

e) Az arteria hepatica révén a nagy vérkör felőli infectio jelzi. (Pyæmia, fertőző betegségek.)

f) A gyomor, mint bacteriumtartalmú szerv s az echinococussal szomszédos májrészlet közötti összenövéseken át történő *lymphaticus* fertőzés útját jelzi. (Ugyanez történhetik összenövések esetén a duodenum vagy colon felől is.)

g) Pneumonikus tüdőrészt vagy pleuritis diaphragmatica felől a máj convex felszíne s a rekesz közötti összenövéseken át létesülő *lymphaticus* fertőzés.

h) Infectio a hasfalán át szűresapolás complicatioja gyanánt.

i) Resorptionalis vagy direct infectio a lobos, pl. köveket tartalmazó vagy előzőleg fertőzött (b) epehólyag felől.

k) Az infectio tovapropagálódása a már genyedő echinococcus felől a máj intrahepatikus epeútai mentén.

T Á R C Z A.

A magánorvoslás díjazása.¹

(Vége.)

A törvényhatóságoknak, városoknak és községeknek a fentebbi „Szabályzat” 4 fokozatába való beosztása a törvényhatóságok betűrendes sorjában.

A) Vármegyei törvényhatóságok.

Törvényhatóság	Díjtételek fokozata, mely a törvényhatóságra s annak egyes községeire érvényes
Abauj-Torna	Egész vármegyére IV-dik.
Alsó-Fehér	Abrudbánya, Gyulafehérvár, Nagy-Enyed, Vizakna r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Arad	Egész vármegyére IV-dik.
Árva	Egész vármegyére IV-dik.

¹ L. az első számot.

Törvényhatóság	Díjtételek fokozata, mely a törvényhatóságra s annak egyes községeire érvényes
Bács-Bodrog	Zenta r. t. városra, Ada, Ó-Becse, Apatin, B.-Topolya, Ó-Kanizsa, B.-Kula községekre III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Baranya	Dárda, Mohács, Pécsvárad, Sásd, Siklós, Szent-Lőrincz községekre III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Bars	Léva r. t. városra III-dik, A.-Maróth, Kőrmöczbánya, Ujbánya r. t. városokra és a vármegye többi községére IV-dik.
Békés	Gyula r. t. városra, B.-Csaba, Gyoma, Orosháza, Szarvas, Békés községekre III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Bereg	Munkács r. t. városra III-dik, Beregszász r. t. városra és a vármegye többi községére IV-dik.
Beszterce-Naszód	Egész vármegyére IV-dik.
Bihar	Egész vármegyére VI-dik.
Borsod	Miskolcz r. t. városra III-dik, a többi községére IV-dik.
Brassó	Brassó r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Csanád	Makó r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Csik	Egész vármegyére IV-dik.
Csongrád	Szentes r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Esztergom	Esztergom r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Fejér	Egész vármegyére IV-dik.
Fogarás	Egész vármegyére IV-dik.
Gömör-Kishont	Dobsina, Jolsva, N.-Rőcze, Rimaszombat, Rozsnyó r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Győr	Egész vármegyére IV-dik.
Hajdu	Hajdu-Böszörmény, H.-Nánás, H.-Szoboszló r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Háromszék	Egész vármegyére IV-dik.
Heves	Eger, Gyöngyös r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Hont	Egész vármegyére IV-dik.
Hunyad	Déva, Hátszeg, Szászváros, V.-Hunyad r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Jász-Nagy-Kún-Szolnok	Szolnok, Jászberény, Karczag, Kisújszállás, Mezőtúr és Turkeve r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Kis-Küküllő	Erzsébetváros és D.-Szt.-Márton r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Kolozs	Egész vármegyére IV-dik.
Komárom	Egész vármegyére IV-dik.
Krassó-Szörény	Lugos, Karánsebes r. t. városokra és Herkulesfürdőre III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Liptó	Egész vármegyére IV-dik.
Máramaros	Máramaros-Sziget r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Maros-Torda	Szászrégen r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Moson	Magyar-Óvár r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.

Törvényhatóság	Díjtételek fokozata, mely a törvényhatóságra s annak egyes községeire érvényes
N.-Küküllő	Segesvár r. t. városra III-dik, Medgyes r. t. városra és a vármegye többi községére IV-dik.
Nógrád	B.-Gyarmat, Losonc r. t. városokra, Salgótarján nagyközségre III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Nyitra	Nyitra, Érsekújvár, Szakoleza r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Pest-Pilis-Solt-Kis-Kún	Czepléd, Kiskúnfélegyháza, Kiskúnhalas, Nagy-Kőrös, Szt.-Endre, Vác r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Pozsony	Bazin, Modor, N.-Szombat, Szt.-György r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Sáros	Eperjes r. t. városra III-dik, Bártfa, Kis-Szeben r. t. városokra és a vármegye többi községére IV-dik.
Somogy	Kaposvár r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Sopron	Kismarton, Ruszt r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Szabolcs	Nyíregyháza r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Szatmár	Nagy-Károly, Nagybánya r. t. városokra III-dik, Felső-Bánya r. t. városra és a vármegye többi községére IV-dik.
Szeben	N.-Szeben r. t. városra III-dik, Szászsebes r. t. városra és a vármegye többi községére IV-dik.
Szepes	Lőcse, Igló, Késmárk r. t. városokra III-dik, a többi r. t. városra és községre IV-dik.
Szilágy	Egész vármegyére IV-dik.
Szolnok-Doboka	Deés, Szamosújvár r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Temes	Fehértemplom, Vinga r. t. városokra, Buziás, Csákova, Delta, T.-Kubin, Lipka, T.-Rékás, Uj-Arad nagyközségekre III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Tolna	Szegszárd r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Torda-Aranyos	Egész vármegyére IV-dik.
Torontál	N.-Beckerek, N.-Kikinda r. t. városokra, Alibunár, Antalfalva, Bánlak, H.-Csene, Módos, Sz.-N.-Miklós, Nemet-Párdány, Perjámos, T.-Becse, T.-Kanizsa, Zombolya nagyközségekre III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Trencsén	Egész vármegyére IV-dik.
Turóc	Egész vármegyére IV-dik.
Udvarhely	Székelyudvarhely r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Ugocsa	Egész vármegyére IV-dik.
Ung	Ungvár r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Vas	Szombathely r. t. városra III-dik, Kőszeg r. t. városra és a vármegye többi községére IV-dik.
Veszprém	Veszprém, Pápa r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községekre IV-dik.
Zala	Zalaegerszeg, N.-Kanizsa r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Zemplén	Sátoralja-Ujhely r. t. városra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.
Zólyom	Besztercebánya, Breznóbánya és Zólyom r. t. városokra III-dik, a vármegye többi községére IV-dik.

B) Városi törvényhatóságok.

Törvényhatósági joggal felruházott városok	Díjtétel fokozata, mely a törvényhatóságra érvényes
Arad	III-dik
Baja	III-dik
Budapest	I-ső
Debreczen	II-dik
Fiume	II-dik
Győr	III-dik
H.-M.-Vásárhely	III-dik
Kassa	III-dik
Kecskemét	III-dik
Kolozsvár	II-dik
Komárom	III-dik
M.-Vásárhely	III-dik
Nagyvárad	III-dik
Pancsova	III-dik
Pécs	III-dik
Pozsony	II-dik
Selmeczbánya	IV-dik
Sopron	II-dik
Szabadka	III-dik
Szatmár	III-dik, a szatmári Hegyre IV-dik
Szeged	III-dik
Székesfehérvár	III-dik
Temesvár	III-dik
Ujvidék	III-dik
Versecz	III-dik
Zombor	III-dik

A Nobel-féle alapítvány.

Nobel Bernhard svéd mérnök 1895 november 27-dikén kelt végrendeletében úgy intézkedett, hogy nagy vagyonának kamatait évente öt részre osztva jutalmul azok kapják, kik az elmúlt évben az emberiségnek a legnagyobb szolgálatot tették.

Az első díj a physika, a második a chemia, a harmadik a physiologia és orvosi tudományok terén tett legfontosabb felfedezés jutalmazására szolgál, a negyedik az ideális szempontból legkülönb irodalmi műnek jut, az ötödik a béke érdekében teljesített legbüzsőbb és legeredményesebb munkásságot tünteti ki. Az első két díjat a svéd természettudományi akadémia, a harmadikat a stockholmi Karolina-intézet (orvosi iskola), a negyediket a stockholmi akadémia, az ötödiket a norvég storting választotta öttagú bizottság ítéli oda. A végrendelet határozottan kifejezett kívánsága, hogy a díj odaítélésében a nemzeti-ségre ne fektessenek súlyt. Nobel 1896 december 19-dikén elhalt, s a vagyon 42 millió koronának bizonyult. Minthogy a végrendeletet megtámadták, de megkülönb is ilyen vagyon folyósítása sok időt igényel, az alapítványi szabályzatok csak 1900 június 29-dikén nyertek királyi megerősítést. A megjelölt intézetek a Nobel-bizottságokat megválasztották, az orvosi és élettani díj odaítélésére a Karolina orvosi iskola saját tanárai közül Mörner-t, Henschen-t, Almquist-et küldte ki. A bizottságot 1901 márciusában még két taggal kiegészítik.

Pályakérdéseket nem tűznek ki, hanem hogy valaki elnyerhesse, arra valamely szabályzat értelmében feljogosított személynek ajánlatot kell tennie. Az orvosi és élettani díjra a következők pályázhatnak: 1. a Karolina-intézet tanárai; 2. a stockholmi természettudományi akadémia orvosi osztálya; 3. a kik e díjat már kapták volt; 4. az upsalai, lund, christianiai, kopenhágai és helsingforsi egyetem orvosi fakultásainak tanárai; 5. legalább hat külföldi orvosi fakultás tanárai, kiket a Karolina-intézet tanárai kijelölnek; 6. azon tudósok, kiket ugyanezen tanárok kijelölnek.

Ezúttal 17 külföldi egyetem tanárait, 80 más tudóst, valamint az első pontokban kijelölteket szólították fel, összesen 530 egyént. Az

ajánlatokat indokolva, s a dolgozatot mellékelve 1901 február 1-jéig kell beküldeni. A bizottságnak csak akkor kötelessége az ajánlatokat érdemlegesen megbírálni, ha azok valamelyik skandináv nyelven, németül, francziául, angolul vagy latinul vannak írva. Saját magát nem lehet ajánlani.

A dolgozatnak új eredményeket kell tartalmaznia. Régebbi dolgozatok akkor jöhetnek figyelembe, ha jelentőségük most derült ki. Ezúttal intézet vagy egyesület nem kaphatja a díjat, hanem csak személy.

A bírálók 1901 december 10-dikén díszülésen hirdetik ki az eredményt, egy-egy előreláthatólag 240,000 korona lesz, ezenkívül arany éremet, diplomát adnak, s a jutalmazottnak lehetőleg előadást kell tartania Stockholmban. A jutalom megosztható. Ha két ízben nem adják ki a díjat, ebből specialis alapot létesítenek, melyből az illető tudomány-ágot fejlesztik.

A Nobel-bizottságok munkálatainak támogatására Nobel-intézeteket állítanak fel, melyekben az ajánlott felfedezéseket megbírálják, s melyek keretén belül könyvtárat létesítenek. A kiadások fedezésére az alaptól két millió koronát fordítanak.

Az alapítványt öttagú igazgatóság kezeli.

Mint az Orvosi Hetilap 1900. évi 46. és 47. számában olvasható, a budapesti tudomány-egyetem orvosi karának tanárai is kaptak fel-szólítást, hogy javaslatokat tegyenek.

A vázolt intézmény alkalmas arra, hogy az egész világ tudományos törekvéseit buzdítsa és elősegítse, de a böles intézkedések a skandináv tudományos élet különös fellendülését czélozzák.

A specialis alap, a Nobel-intézetek, a könyvtár a tudományos élet olyan műhelyei lesznek, a melyenkről a continens tudományos munkásai nem is álmodhatnak. Mikor akad nálunk is ilyen alapító?

(Fondation Nobel. Statut et réglemens. Stockholm 1900 és Hochschul-Nachrichten 1900, december.)

Grósz Emil.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gonorrhoeás általános fertőzés kérdése.¹

Közl: Ráskai (Reách) Dezső dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

Nem zárkozáunk eláz elől, hogy diametralisan ellenkező adatokat találunk, így pl. a lázra vonatkozólag (néha hiányzik, máskor magas, rövid, majd tartós), a fájdalmak (hol csekélyek, hol igen erősek), a megbetegedett izületek száma (mono-, polyarticularis), localisatio (csak a térd, sok egyéb izület), az izzadmány minéműsége (serosus, genyes), complicatio (a szív, inhüvelyek, nyálkacacsok részéről (megvannak, hiányoznak), a fellépés időpontja (a kánkó heveny és idült állapotában), tartam (hetek, hónapok), kimenetel (gyógyulás, partialis vagy teljes anchylosis). Ezen ellenmondások azonban részint régiebb, nem tiszta esetekből vont következtetések alapján keletkeztek, részben nem is ellenmondások. A pathologia számos példájával igazolhatók, hogy ugyanazon kétségtelenül bebizonyított vírussal szemben a szervezet reactioja igen különbözően nyilvánulva, a teljesen azonos megbetegedés más és más alakjait és fokozatait mutatja; eltekintve a behatolt vírus tömegétől, hatékonyságától, fejlődésére és szaporodására kedvező vagy kedvezőtlen viszonyoktól, tagadhatlan, hogy a keletkezés időpontjára, a bántalom lefolyására, a complicatio kimenetelére számos, részben számításunk körébe vonható, részben teljesen kiszámíthatatlan körülmény bir befolyással, ú. m.: a beteg szervezete, táplálkozási viszonyai, életmódja, trauma és nem mint utolsó a kezelés.

Ezen körtani analógiáknál azonban sokkal hatalmasabban bizonyít a kétségtelenül bebizonyított esetek sokasága, úgy hogy ma már számottevő ellenételt az izületi megbetegedés, mint az általános gonorrhoeás fertőzés egy tünete ellen, nem igen találunk vagy várhatunk. Mindamellett jelentékeny tábor képeztek a vegyes fertőzés hívei, a miről már a szemle bevezető részében szólottunk; így pl. Esselbrüge,¹⁹ Stark, Lilienthal²⁰ és Marfan, tisztán gonorrhoeás és vegyes infectioiban hisznek (elsősorban plasticus exsudatumot, utóbbinál genyet találnak?). Fraenkel azt hiszi, hogy a primaer infectiot a gonococcusok okozzák és később járulnak hozzá a közönséges genyococcusok. Azon felfogás ellen, hogy a gonococcusok genyedést nem okozhatnak, Malherbe,²¹ Bordoni-Uffreduzzi²² és Eraud vizsgálatain és a fentebb említett Menge-Krönig symbiosisra vonatkozó fényes tanulmányán kívül, azon banális tény is szól, hogy az óriási genyproductioval járó acut urethr. gonorrhoeánál is tisztán gonococcusokat találunk. Rindfleisch (l. c.) exact vizsgálatai szerint: a gonorrhoeás infectio tisztasága, az esetleg kísérő bacteriumoknak jelentéktelensége a specifikus helyi megbetegedésnél a mellett bizonyítanak, hogy az izületi megbetegedések ugyancsak tiszta gonorrhoeás fertőzésen alapszanak. Ha staphylococcus, vagy más bacterium a vérben vagy egyebütt előfordul, úgy ez csak a szervezet más helyén lévő fertőző folyamatra figyelmeztet.

Ha a gonorrhoeás izületi megbetegedések absolute nem is tartoznak a ritkaságok közé, úgy tekintve a gonorrhoeának óriási elterjedését, relative ritkáknak mondhatók, a mi az ép szöveteknek és izületeknek ellentálló képességén alapszik. Tomasoli²³ szerint (1887—1897.) a gonococcus az előkészítő okot, a rheumatikus hatány az alkalmi, illetve kitörési okot szolgáltatja. Az út, mint már említettük, a vérpálya. (E mellett szólnak: Ahmann,²⁴ Panichi leletei), hogy azonban a vér aciditásának csökkenése számottevő szereppel bír-e, azt meghatározni mind-egyedig nem sikerült.

Igen sok controversiának képezte tárgyát, hogy az arthritisek (az általános infectiók általában) a gonorrhoea melyik stádiumában lépnek fel; általánosan az a nézet uralkodik, hogy a gonorrhoeának a húgyeső hátsó részletébe való terjedése hozza létre az általános infectiót is, tekintet nélkül arra, hogy friss vagy idült alak exacerbatiojáról van-e szó. (A hátsó kánkó mellett foglalnak állást: Strupi, Loeb, Robert, Fürbringer, Rindfleisch, Rosenschein, Lewings stb.) Ez ellen azonban sok szól. Hogy csak néhányat említsünk, a női genitális gonorrhoeához csatlakozó arthritisek fellépte. Így Remikow esetében a 16 éves, házasságáig virgo asszonynál, 4 nappal az első coitus után, fájdalmak a bal váll- és jobb könyökizületben, 6-od napra rázó hideg, láz, fájdalom a bal térdben, bőrpír, duzzanat, fluctuatio, fluor albus; a férjnek 5 héttel a házasság előtt gonorrhoeája volt és házassága megkötésénél még genyes kifolyása. Itt a frissen sérült hymen infectioja folytán keletkezhetett a baj. Fő esetében egy endometritis miatt végzett curettament után lépett fel a baj. A puerperiumban fellépő gonitisek az esetek túlnyomó részében gonorrhoeára vezethetők vissza (Begonin),²⁵ a ki azt is mondja, hogy a Lopain által „puerperalis rheumatismusnak” tartott és nevezett bántalom, nem mint ezen szerző hiszi, a terhességhez és puerperiumhoz társuló leukorrhoea következménye, hanem gonorrhoeás infectio (Fieus, Andibert, Jullien, Sibut), a mint ezt Burr vizsgálatai is megerősítik, ki puerperalis sepsis legtöbb esetében a megbetegedést a gyermekágyas előző gon. betegségére vezethette vissza.

A húgyeső bizonyos részére való lefoglalás ellen szólnak a mindjobban szaporodó megfigyelések a gyermekek (csecsemők) gonorrhoeás arth.-éről, gon. ophthalmiák és vulvo-vaginitisek folytán (Vaaxem 28 eset, Yantschuleff, Haushalter, Destannis (1898), ki az ismert 29 esethez új 9 esetet csatolt, Clement Lucas (1899, ki maga 23 esetet gyűjtött össze, ezek között 18 blennorr. neonatorum). Tehát nemcsak a húgyeső bizonyos részére való localizálódás nem fontos, hanem a szerv sem, fontos ellenben a folyamatnak mélyre terjedése, midőnt a mikroorganizmus resorptioja meg van könnyítve (Nasse.) Ez magyarázza meg az arthritiseknek és az általános infectióknak kétségtelenül gyakoribb fellépését általában a gonorrhoea későbbi stádiumában és régibb esetek exacerbatiojánál.

Azon szerzők tapasztalatai szerint, kik nagyobb számú esetekről számoltak be (König,²⁶ Nasse (l. c.), Rindfleisch (l. c.), Bloch²⁷), a serosus és serofibrinosus alak a gyakoribb; jellemző a tumor albushoz hasonló külem, a melytől fájdalmassága által különbözik, a megbetegedés többnyire synovialis, azonban igen gyakran vannak a bántalomba bevonva a periarticularis szövet, valamint az inhuvelyek is, ez utóbbiak részvétele a diagnosis egyik támaszát képezheti (Nasse); még inkább áll ez az inhuvelyek solitzer megbetegedéseiről. Róna²⁸ (1897-ben) a flexor digit. communis, a biceps és a pectoralis major inában fellépő gon. tendovaginitist mutatott be e társulat egyik ülésén. A bursa mucosák megbetegedései ritkák; Nobl bursitis intertubercularis, Feleki bursitis praepatellaris, Róna, Duplay, Finger a quadriceps alatti nyákzacsok gonorrhoeáját írtak le; leggyakoribb a calcaneus felett levő, azután a patella feletti. Azonban periostalis lefolyások is le vannak írva. A francziák pied blennorragiqueje egyes szerzők szerint a calcaneus periostitise, mások szerint a bursa achillea lobja. Elég ritkák azon esetek, melyek súlyosabb kórboneztani elváltozásokról szólnak, csak egy-kettő az olyan eset, a mely a végtag amputatioját tette volna szükségessé. König megkülönböztet: 1. Hydrops articularis serofibrinosus és catarrhalis, 2. empyemát és 3. az ízületi phlegmonenak azon súlyos alakját, a mely szalagokra és inakra is átterjed, genyes vagy rostos (pseudomembranacea Ollier). Löwenhardt a gon. és pyaemikus ízületi lobok közötti különbségként állítja, hogy a genyedés nem oly intensív, néha nem is kifejezett a szövetek egybeolvadása, ha pedig egyáltalán megtörténik, nem oly rohamos. Nekrosisok nem fordulnak elő; mielőtt még mélyrehatóbb roncsoló folyamatok keletkeznek, már reparatorikus folyamatok jönnek létre, mint granulatioképzés, fibrin-kiválás, proliferáló szövetképzés, messzeterjedő torpid daganatok, melyek a gonorrhoeás monoarticularis, idültlen lefolyó, ankylosissal befejeződő (gyakran pararticularis) ízületi loboknak sajátos jellegét kölcsönözik. Csuklóizületi periartthritis Röntgenképe azt mutatta, hogy a duzzanat osteophyt burjánzásra és a periarticularis fibrosus kötőszövet duzzanatára vezethető vissza. A csontok epiphisise sértetlen volt (Emery³⁰). Jaquet, Emerynek ezen bemutatáshoz fűzött hozzászólásában megemlíti, hogy egy esetében, mely antopsiára került, a calcaneusnak a gon. arthritis következtében erős hyperostosisa volt jelen, míg a radiographikus felvételben a calcaneus épnek látszott; ezen ellenmondás arra enged következtetni, hogy fiatalabb csontmegbetegedéseknél a megvastagodások talán nem annyira átlátszatlanok a Röntgen-sugarak számára, mint az idősebb ostitisek vagy periostitisek. Claisse²⁹ egy esetében gonorrhoeában szenvedő 19 éves leány bordaporcztáji fájdalomról panaszkodott, vizsgálatnál a bordák epiphisis duzzanata találtatott úgy, hogy gon. rózsafüzelalakra lehetett szó. A tibia felső epiphisis porcán hasonló elváltozások voltak észlelhetők. A sajátos localisatiót annak tulajdonítja, hogy még fiatal, növényben levő egyénnek epiphisisében nagy anyagcsereforgalom van. Ha súlyos lefolyások ritkák is, úgy nem nevezhetők azoknak a merevedéssel járó esetek. A gyors merevedés oka a lob proliferáló természetében fekszik, mely a lágyrészek zsugorodását és az izületek összenövését idézi elő. Ezt, valamint a recidivákra való hajlamot egyesek karakteristikusnak tartják. Mindenestre majdnem mindegyikre jellemző a gonorrhoea lefolyása alatti felléptük, a gonorrhoeának és a rheumatikus complicatióknak egymással párhuzamosan haladó exacerbatioi és remissioi, az esetleges genuin polyarthritisek a később aquirált gonorrhoea általi érintetlensége; viszont a már gyógyult gonorrhoea és gonorrhoea compl. után a leg-

súlyosabb behatások, mint meghűlés, megázás, trauma sem idézhetnek elő újabb recidivákat, ellenben jellemző a subaet stadiumba lépésre való hajlam, dacára az újabb izületbe való felterjedésnek a régiiben való megmaradás és a bántalom egész súlyának, végre egy izületre való neveződése. Általában azonban a monoarthritikus forma a gyakoribbnak mondható, valamint az egyes izületekre való praedilectio. Benneke³² összeállításában 38 esetben (15 férfi, 23 nő) 25-ször a térd (3-szor kétoldali), 10-szer a lábtő, 6-szor a csípő, 4-szer a kéz, 3-szor az ujjak voltak megbetegedve, 30-nál még acut gon. volt. Weisz Hugó (l. c.) összeállításában 223 eset (117 férfi, 76 nő, 30 gyermek), ezekből 182 részletezve: csigolya 3, állkapocs 6, könyök 18, kéz-közép és tő 24, ujjizület 19, váll 17, sterno-clav. izület 1, synchondrosis sacroiliaca 1, csípő 16, térd 78, láb 41, láb-közép 7, lábujj 5. Legújabban Rubinstein³³ 1890 óta észlelt 11 esetéről referált, ezek közül 3 a térd-izületet, 2 a csípő, 3 a kéz, 1 a könyökizületet illette, kétszer lobos inhuvelyekről volt szó.

A prognózis, mint már fentebb említők, nem rossz, a halálos kiemenetel ritka és inkább más complicatióknak az izületekkel való egyidejű fellépése következtében áll be.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

R. Eschweiler: Ohrenärztliche Diagnostik für Ärzte und Studierende. 1901. Urban u. Schwarzenberg. Wien.

Szerző munkája 102 lapra terjed, a mely munkában röviden és áttekinthetően adja a fülörvosi diagnostika képét. Ezen kis könyve három nagyobb fejezetre oszlik. Az első fejezet tárgyalja az általános diagnostikát. Ebben leírja és ismerteti a fülgyógyászat körismei eljárásait, az ezekhez szükséges segédeszközöket, e mellett itt adja a hallószerv kis boneztanát is. Leírja előbb a megtekintés útján nyert eredményeket és ezek mikénti értékesítését a kórisme felállításakor. Ezután áttér a középfül auscultatiojára, mely fejezetben a katheterismus végzési módjait tárgyalja. Igen röviden végez az Eustach-kürt bougirozásával és a csecsnüjtvány percussio vizsgálatával, mely pedig Körner ez irányú vizsgálatai óta a diagnostika egyik jelentős fejezetévé van hivatva válni. Rövid és e mellett könnyen áttekinthető képet ad a fülörvosi kórisme egyik legnehezebb részéről, a hallószerv működési képességének vizsgálatáról. E fejezet rövid és világos leírása bármely orvos mindennapi szükségletének megfelel, a mennyiben a mindennapi gyakorlati vizsgálati eljárásokat röviden mind felemlíti.

A második nagyobb fejezet tartalmazza a részletes kórismét. Munkája e részében mindenütt néhány sorban az egyes bántalmak diagnostikáját adja, a végén pedig néhány szóban kijelöli a megbetegedés terapiáját is. Ily módon rövid sorokban tárgyalja végig az összes hallószervi bántalmak diagnostikáját és terapiáját. E fejezetet a fülkagyló betegségeivel kezdi, tárgyalva egyszersmind a fejlődési rendellenességeket is; utána a külső hallójáratra tér át, hol különösen az idegen testek kórisméjével és azok eltávolításával foglalkozik kissé bővebben. A dobhártya betegségeivel röviden végez, csupán ennek sérüléseire tér hosszabban ki; a dobhártyabántalmak nagy részét természetesen összefoglalja a középfülbeli megbetegedésekkel. Az ezeket tárgyaló részben főleg az otitis media purulenta acuta, de még inkább a chronica foglal el több helyet és még így is ezen oly változatos kórképet adó megbetegedést sikerült szerzőnek elég röviden és áttekinthetően leírni; hosszasan és elég világosan tárgyalja az otosclerosist is. Az Eustach-kürt megbetegedéseit talán kissé túlröviden — és kevés fontosságot tulajdonítva nekik — írja le. A csecsnüjtványban fellépő bántalmakat, periostitiseket, ostitiseket, osteomyelitiseket, empyemákat és a többi, a reá szánt kevés hely dacára is, eléggé átnézetes képen tárja elénk, míg a koponyafülon belüli, hallószervi bántalmakból származó megbetegedéseket kissé túlröviden tárgyalja. Ma, mikor a fülgyógyászat egyik legfontosabb fejezetét épen e megbetegedések teszik, még egy ily kisebb igényű kis könyvben is többet szeretne az ember ez irányban találni. Az extraduralis tályog és a septico-pyaemia az, mit e részben tárgyal, míg az agyi-kisagyi tályogokat és a meningitiseket csak megemlítve, a belgyógyászati és sebészeti kézikönyvek megfelelő fejezeteire utal. Epen úgy talán kissé túlröviden adja a hangfelfogó készülék megbetegedéseinek kórisme ismertetését, bár az itt leírt részek tényleg igen jól áttekinthetők. Végül e fejezetben néhány útbaigazítást ad, néhány műfogást sorol fel a simulansok leleplezésére.

A harmadik fejezetben, függelék gyanánt, a rhinológiai diagnostika ama részét írja le, mely ama megbetegedésekre vonatkozik, melyek a hallószervi bántalmak létrehozásában szerepet játszanak, így például a rhinitisek, az adenoid vegetatiók és több ilyenmű bántalom kórisméjét és rövid gyógyeljárását ismerteti.

Ezek azok, miket szerző az eddig ismertetett módon és sorrendben rövid munkájában tárgyal. A kis, átnézetes fülgyógyászati diagnostikát egyes kisebb hiányai mellett is megleően ajánlhatom mindenkinek, ki rövid átnézetet kíván magának ez irányban szerezni.

Ifj. Klug Nándor dr.

Uj könyvek. Dr. Sigm. Freud: Über den Traum. Wiesbaden, 1901. Verlag von J. F. Bergmann. — Dr. M. Friedmann: Über Wahndecken im Völkerleben. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1901. — O. Vierordt: Diagnostik der inneren Krankheiten. Sechste verbesserte und vermehrte Auflage. Leipzig, 1901, F. C. W. Vogel. — A. Kroggius: Über die vom Processus vermiformis ausgehende diffuse eitrige Peritonitis und ihre chirurgische Behandlung. Jena, 1901, Gustav Fischer. —

Orthmann: Vademecum für histopathologische Untersuchungen in der Gynäkologie. Berlin, 1901. S. Karger. — *Casper und Richter*: Functionelle Nierendiagnostik. Wien und Berlin, 1901. Urban und Schwarzenberg. — *Schulz*: Praktikum der physiologischen Chemie. Jena, Gustav Fischer, 1901. — *Borchgrevink*: Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Bauchfelltuberculose. Stuttgart, E. Nägele, 1901. — *Szymonowicz*: Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie. Würzburg, A. Stuber, 1901. — *Lüning und Schulthess*: Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie. München, J. F. Lehmann, 1901. — *Frenkel*: Maladies de l'estomac. Paris, Bailliére et fils. — *Guimbail*: La thérapeutique par les agents physiques. Paris, Bailliére et fils. — *Triboulet et Doyon*: Le rhumatisme articulaire aigu. Paris, Bailliére et fils. — *Pouchet*: Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale. 2. série: Hypnotiques. Modificateurs intellectuels. Paris, O. Doin. — *Montgomery's Gynecology*. London, Rebman. — *Starling*: Elements of human physiology. Fourth edition. London, Churchill. — *King-scote*: Asthma, recent developments in its treatment. London, Henry J. Glaiser. — *Gordinier*: On the anatomy of the central nervous system. London, Rebman. — *Skene Keith*: Gynaecological operations, exclusive of those interfering with the peritoneal cavity. Edinburgh and London Young J. Pentland. — *Tubby*: Deformities, a treatise on orthopaedic surgery. London, Macmillan and Co. — *W. R. Williams*: Uterine tumours. London, Bailliére, Tindall and Cox. — *Keetley*: Orthopaedic surgery. London, Smith, Elder and Co. — *Cheadle*: Lumsian lectures on some cirrhoses of the liver. London, Smith, Elder and Co. — *T. Mark Howell*: Diseases of the ear. Second edition. London, Churchill. — *Parkes and Kenwood*: Hygiene and public health. London, H. K. Lewis. — *Cullen*: Cancer of the uterus. London, H. Kimpton. — *Musser*: Medical diagnosis. Fourth edition. London, H. Kimpton.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

Az aspirinről, ezen kitűnő salicylkészítményről ismét több közlemény emlékezik meg dícsérőleg. Így *Zimmermann* a berlini Augusta-kórházban szerzett tapasztalatairól számol be: 2,5–4,0 grammos napi adagokra heveny ízületi csúsz eseteiben 3–5 nap alatt megszűntek a fájdalmak. Izzasztó hatása miatt az aspirint nephritisnél és mellúri izzadásmánynál is megkísérelték, még pedig igen jó eredménnyel. *Dengel* szintén nagyon meg volt elégedve az aspirinnel és főleg fájdalomcsillapító hatását dícséri. (Berliner klinische Wochenschrift, 1900. 27. szám.) *Korpi* különböző neuralgiáknál használta az aspirint sikerrel s kiemeli, hogy e szer nem is nagyon drága, a mint hogy tényleg az előállító gyár most már tabletták alakjában is forgalomba hozza; 20 darab 1/2 grammos tablettá ára 1 márka. (Allgem. medicinische Central-Zeitung, 1900.) A berlini Urban-kórháznak Stadelmann tanár vezetése alatt álló osztályán *Valentin* kísérletezett a szerrel és nagyobb számú esete alapján oda nyilatkozik, hogy az aspirint a betegek szívesen veszik, s hogy az teljes salicyl-hatást fejt ki, sőt egyes esetekben, különösen neuralgiáknál, a salicylsavat gyógyhatásában talán felüli is mulja. Komolyabb jellegű mellékhatásokat sohasem észlelt, fülzúgás 90 eset közül csak 5-ben jelentkezett. Egy esetben már kevés aspirin bevétele után rendkívüli fülzúgásról panaszkodott a beteg, míg sokkal nagyobb salicylsav-adagokra nem állott be fülzúgás; ez az eset azonban kivételes. Káros hatás a gyomor-bélhuzam, szív és vese részéről sohasem mutatkozott. Végül pedig nagy előnye az aspirinnek, hogy belőle — talán jobb felszívódása miatt — aránylag kevesebb szükségeltetik teljes gyógyhatás létesítésére, mint a salicylsavból avagy a natrium salicylicumból. Rendszeren 3–4 grammot adtak naponként és csak kivételes esetekben emelkedtek 6 grammig, míg a salicylsavból rendszeren 6 gramm, a natrium salicylicumból pedig 8–10 gramm volt szükséges. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1900. 20. füzet.) *Brunner* a triestti városi kórházban 138 esetben használta az aspirint és csak egy esetben nem tűrte a beteg a szert. Különösen jó eredményeket látott heveny és idült ízületi csúsz, erythema nodosum, száraz pleuritis, neuralgiák, neuritisek, influenza utáni fejfájások eseteiben, valamint az influenza rheumatikus alakjánál és az úgynevezett rheumatikus láznál. Heveny izomcsúznál, köszvényes ízületi bajoknál, valamint tabesben szenvedők lancináló fájdalmainál szintén kedvező eredménnyel járt az aspirin használata, míg arthritis gonorrhoeicánál semmi hatás sem mutatkozott, úgyszintén exsudatum pleuriticum eseteiben is csak annyiból járt haszonnal az aspirin adagolása, hogy az egyidejűleg jelenlevő fájdalmakat megszüntette, maga az exsudatum mennyisége azonban nem csökkent. Hogy az aspirin hosszú időn át vehető minden káros következmény nélkül, azt különösen egy esete bizonyítja, a melyben az alkoholos neuritisben szenvedő beteg esteli erős fájdalmainak csökkentésére 5 hónapon át vett be minden nap 1 gramm aspirint. Végül még kiemeli szerző, hogy a salicylsav kellemetlen tünetei: fülzúgás, szédülés, gyomorzavarok aspirin használatakor csak rendkívül ritkán észlelhetők. Hogy az aspirin gyomorzavarokat nem okoz, azt szerző más észlelésekkel egyetértően abból magyarázza, hogy az aspirin csak az alkalikus kémhatású bélnedvben bomlik szét. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1900. 44. sz.) *Manasse* egy előbbi, már ismertetett dolgozatának kiegészítéseképpen további 16 eset rövid kórtörténetét közli, melyekből kiderül, hogy az aspirin csak egy esetben okozott emésztési zavarokat, a többi esetben pedig semmiféle kellemetlen mellékhatás nem jelentkezett. Az esetek nagyobb része, számszerint 13, heveny és idült ízületi csúsz volt, melyek 4 gramm pro die aspirin használatára gyorsan gyógyultak, illetve javultak. 2 esetben influenza utáni, 1 esetben pedig ismeretlen eredetű erős fejfájás ellen adott 2–3

gramm aspirint naponként, mire 1–4 nap múlva a fájások megszűntek. (Therapeutische Monatshefte, 1900. november.) *Sontag* aspirinnal kezelt 23 betege közül csak egynél jelentkezett hányás; ezen beteg hányadéka azonban alkalikus kémhatású volt s azért a salicylsav lehasadása már a gyomorban bekövetkezett. Egyébként az aspirin hatásával nagyon meg volt elégedve ízületi csúsz eseteiben; csak azt ajánlja, hogy egyidejűleg aluminium aceticummal pára-borogatást is használtassunk, 12 óránként változtatva, később pedig, a mikor a daganat már eltűnt, meleg bepólyázásokat és massage-t is végezzünk. (Wiener med. Presse, 1900. 46. szám.) *Rybiczka* acut és subacut polyarthritisen kívül még fejfájás és neuralgiák ellen is használta az aspirint jó eredménnyel. Aorta-aneurysmában szenvedő egy betegének a lapoczkák közé kisugárzó fájdalmait, idült myelitisben szenvedő két beteg erős keresztstáji fájdalmait, valamint egy traumatikus neurosisban szenvedőnek fájásait is az aspirin tetemesen csökkentette, illetve megszüntette. (Heilkunde, 1900. 11. szám.) *Wicherkievitz* tanár száznál több eset alapján szerzett tapasztalatai szerint az aspirin a természetben is jó szolgálatokat tesz, különösen olyan megbajokban, melyek rheumatismus, arthritis urica és gonorrhoea képesen fejlődtek. Reggel és este adott 1–1 gramm aspirint ostyában. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 1900. 6. szám.) Végül *Burwink* nauheimi fürdőorvos nyilatkozik kedvezően az aspirinről, melyet többre becsül, mint a natrium salicylicumot, mert hatása legalább is olyan jó, és e mellett nem kell küzdeni a beteg ellenszenvével, valamint gastrikus zavarokkal. (Aerztliche Rundschau, 1900. 45. szám.)

Strychninmérgezés a gyógyszerész tévedése miatt. *Terrien* hereditarius neurastheniában szenvedőnek 0,05 grammos spartein sulphat pilulákból, napjában kétszer egy-egy szemet rendelt. Ugyanazon napon este az orvost a különben erős testalkatú beteghez hívták; az illető lábikráiban heves görcsöket érzett, hasán feküdt, karjaival az ágy szélére kapaszkodott; arra kérte az orvost, hogy hozzá ne nyúljon, meg ne mozdítsa, mert fájdalmait csak fokozódnának. A contracturák localisatioja miatt és mert a betegnek trismus nem volt, az orvos a tetanuszt kizárta, mérgezésre sem gondolt és ezért az idegrendszer csillapítására bromot rendelt, mitől a beteg csakhamar megnyugodott. Az egyén később megvallotta, hogy a kérdézősködés molestálta, a beszéd is neheze esett és ezért a kérdésekre helytelenül felelt, csak hogy a vizsgálatról és kérdésektől megszabaduljon. Másnap reggel a beteg az állítólagos sparteinből ismét egy pilulát vett be, mire lábaiban rövid idő alatt heves hasogatásokat érzett, majd tetanusos merevség lépett fel az alsó végtagokon, utóbb a felsőkön. A törzs merev, mozdulatlan, nyak, fej erős opisthotonusban, állkapcsok merevgörcsben vannak az orvos érkezésekor, arca duzzadt, cyanotikus, szemek kidüledtek; fáradt, levert a beteg, de azért a kérdésekre helyesen felelt, sensoriuma ép. A cyanosis fokozódik, beteg asphyctikussá lesz és elveszíti eszméletét.

Terrien mesterséges légzést alkalmaztatott, mi alatt megérkezik a gyógyszerész és kijelenti, hogy spartein helyett tévedésből digitalist adott; a gyógyszerész is segédkezést nyújt a beteg felélesztésében, szét-feszíti a beteg állkapcsát és tejet önt szájába. A merevgörcsös állapot körülbelül 10 percig tartott, a mely után a végtagok izmai elernyedtek, a fej visszatért a normalis tartásba, a légzés visszatért, cyanosis eltűnt és a beteg teljesen visszanyerte eszméletét. Utána a beteg kissé kábult, szédül, feje fáj. Ez volt szerencsére az egyetlen roham, melyet a beteg elszenvedett, mert strychninmérgezésnél több kisebb roham szokott bekövetkezni; itt egy roham volt, mely után azonban egy ideig súlyos zavarok állottak fenn úgy az idegrendszerben, mint a vérkeringési és emésztési szervekben. Így két hónapig az összes reflexek, kivált a patellaris reflex fokozottak voltak, a végtagokban időnként epilepsia-szerű rángások léptek fel. Szívverése az első héten nagyon lassú, a szívhangok fátyolosztak; pulsusa gyenge és lassú, perceként 40. A roham után három napig nem volt vizelete, az első vizeletben sok fehérnyét lehetett kimutatni, széke is véres volt, gyakran hányt. Hallása rendkívül finomodott, úgy hogy a suttogó beszéd is zavarta, szaglása hasonlóképpen finomodott, kis szagú dolog elviselhetetlenné vált előtte; erősen nyáladzott, sem a roham alatt, sem az utána következő napokon nem izzadt. A strychninmérgezés után harmadnapra a beteg uraemiás comába esett, melyből negyednapra feleszmélt, görcsei elmúltak, vizelete megindult, azonban gyakran hány, hányadéka és széke véres, a vizeletben sok a fehérnye, mely a 15-dik napra tűnt el. A leírt tünetek körülbelül két hónap múlva tűntek el teljesen. A görcsök uraemiás természetűek nem lehettek, mert a beteg, míg asphyxiába nem esett, eszméletét nem veszítette el, görcsei tonikus-clonikusak voltak, a comából rögtön feleszmélt, vizelete a roham előtt normalis volt. A crisis megjelenése a pilula bevétele után egy rövid fél óra múlva elég okot ad arra, hogy előidéző okként a pilulákat vegyük fel. Igaz, hogy 0,10 strychnintól más egyén meghal, ezen egyén azonban erős volt és a dosist fractionálva, két adagban (este és reggel) vette be; a digitalis kis adagja ily tüneteket nem okozhat. A véres szék strychninmérgezés egy esetében sem fordult elő; ez a vasomotorius zavarból, az arteria falzat nagy feszültségéből, a tetanikus crisisből magyarázható, a mely alatt az emésztési csatornában véredényrepedések történhetnek. *Dechambre* strychninrel mérgezett kutyák gerincezvelőjének szürke állományában vérzéses góczokat talált; strychninrel mérgezett emberek autopsziájánál nagy hyperaemiát, extravasatumokat, echymosisos foltokat találtak. A tünetek lassú eltűnése azt mutatja, hogy a strychnin a szervezetből lassan válik ki. (La semaine médicale, 1900.)

Torday Árpád dr.

Sebészet.

A maradó colostomia egy új műtési eljárását közli *Hartmann* párisi sebész. Az eddigi s még divó műtétek (Maydl, Reclus, Coley stb.)

hátrányai 1. a bél előesése az anus praeternaturalison keresztül, 2. ennek heges szűkülése, 3. a hegvonalban hasfali sérv, 4. teljes tarthatatlanság és 5. a bélsárnak az elvezető kaesba való bejutása. Főleg ez utóbbi két accidens ellen irányultak a legkülönbözőbb módosítások, ú. m. a vastagbél áthúzása a rectumon, az anus glutealis, transiliacus, ileocecalis, az elvezető kaes bevarrása, szűkítése elcsüszése stb.

Az 6. 30 esetben jól bevált eljárása a Mac Burney által az appendicitiseknél gyakorolt tompa szétválasztáson alapszik s igen rövid narcosisban véredény lefogás nélkül hajtható következőképen véghez:

A 10 cm. hosszú szokásos ferde bőrmetszés szétválasztván, az obliquus externus vele párhuzamosan futó rostjai sondával tompán választatnak ketté. A obliquus internus szintén ez irányban történt kettéválasztása után a seb 2 etageban szétválasztatik, a bőr az obliquus externus-szal ferdén ki- és befelé, az obliquus internus ferdén fel- és lefelé. Az így alkotott rhombus fenekén a transversus terület, melynek szintén rostjaival párhuzamosan történt tompa szétválasztása után a csipeszekbe fogott peritoneumon csak a hüvelyk- és mutatóujj számára elegendő nyílás képeztetik. A flexura sigmoidea megkeresése szokott módon, előhúzással pedig lehetőleg úgy történjék, hogy kissé elődomborodjék és legnagyobb domborulatán egy taenia fusson végig. A seb köréskörül jodoform-gazecsisokkal körülrakatik, ugyanilyen henger a mesocolon tapadásán huzatik át. Fedőkötés. 48 óra múlva sötétvörösre hevített kauterrel maxime 2 cm.-nyi nyílás készítenő az idevezető bélkaeson. További 2 nap múlva, ha addig spontán nem történt ürítés, a beteg meghajtható, utána bő tisztító esőre. A nyíláson a nyálkahártya gombamódra evertálódik. Hatodnap a műtét után a hassebet bekerítő gazecsisok, 8–10. nap a rögzítő henger eltávolítható. A bél lassan visszahúzódik, a nyálkahártya a bőrrel összeforr, s mintegy 20 nap múlva az alig promináló új anus ki van képezve, úgy hogy a betegek éjjel egyszerű fedőkötést, nappal pedig bármily receptaculumot viselhetnek. Állapotuk elég jó, mivel a 3 izomréteg jól zár, mit a bevezetett uj érez és a szék relativ visszatartatása és gázok zörejjel való távozása bizonyít. Rendszeresen szabályozandó a székletét. Egy esetben fejlődött szűkülethez az egyik sarokban bemetszve, a bőrt a nyálkahártyával közvetlenül egyesítette. (Revue de chirurgie, XX. évfolyam, 11. füzet)

Picker Rezső dr.

Műteti beavatkozások után fellépő tüdőcomplicatiokról ír Gerulanos. Tüdőbántalmak a műtétek után igen gyakoriak. Leggyakrabban bronchitis lép fel, melyet a narcotizáló gőze, a narcosis alatti szájjavulások aspirálása és lehűlés okoz. Lehűlésre elég alkalom van a műtét előkészítésénél, így ha a műtőszoba a kórtérhez képest hideg és maga a vérvesszeség, vérmegcsökkenés is lehűlést okoz. Bronchopneumoniák oka ugyanez, minden esetben hozzájárul még az egyén gyengesége, folytonos fekvés által okozott tüdőhypostasis; gyakrabban fordul elő aether-, mint chloroform-narcosis után, minek oka az aether hypersecretiot okozó hatásában rejlik. Lobularis, lobaris pneumoniákat előidézik a narcosis alatti aspirálása a hányadéknak, hypostasis, emboliák fertőző anyaggal, mint azt phlegmone incisioja után látták; különösen gyakoriak a hasműtétek után a hypostatikus pneumoniák, az egyén gyengesége, fekvés, fájdalommasság miatti felületes légzés, szoros kötés következtében. Infiltratio anesthesiával végzett laparotomiáknál is meg vannak a hypostasisra való feltételek, a pneumonia tehát ép oly gyakori, mint a narcosisal végzett laparotomiáknál. Tüdőgangraena, tüdőtályog ritkábban fordul elő műtét után, oka többnyire aspiratio vagy infectiosus embolia. Feltűnő gyakran lépnek fel haemorrhagikus infarctusok tüdőarteriák emboliája által okozva a kis medenczében és nagy vérűrők közelében végzett műtéteknél, nagy szabad sérvek műtéténél, aranyeres csomók kirtásánál, hegyes condylomák kikaparásánál thrombosisok felszabadulása következtében. A narcoticumok direct hatása a tüdőszövetre és az edénycentrumokra oka a tüdő oedemának, bár mint kísérője a tüdőgangraenának és abscessusnak is előfordulhat. A tüdőcomplicatiók elkerülésére kisebb beavatkozásoknál ne narcotizáljunk, laparotomiákat azonban minden esetben narcosisban végezzünk, chloroformmal narcotizáljunk, az aether még leginkább nőknél lehet alkalmazni, a kikelő chronikus bronchitis ritka, kevés chloroformot használunk, a fejet az elernyedési szakban helyezük mélyebbre. Altatás előtt ezélszerű a szájat és a fogakat jól megtisztítani, sürgős műtéteknél mossuk ki a gyomrot, műtét után helyezzük a beteget melegített ágyba, a fájdalommasság csökkentésére adjunk neki narcotizátumokat, műtét után a beteget szőlőszuk fel mély lélegzet vételére, a hol lehet ültessük fel. A fekvést majd egyik, majd másik oldal felé változtassuk. Laparotomiánál szoros kötés helyett ragtapaszkötsést alkalmazunk, a hol ez lehetséges. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, LVII. kötet, 3. és 4. füzet.)

Glücksthal Andor dr.

Venerás bántalmak.

A gerinczvelő syphilise üregek képződésével czímmel közöl egy esetet Japha, Fraenkel tanár osztályáról. A 30 éves nőbeteg férjétől syphilist acquirált, mely ellen higanykúrát használt. Ez idő óta a keresztcsont tájékáról kisugárzó fájdalmakat érez az alsó végtagokban. Járása bizonytalan lett. Az állapot mindinkább rosszabbodott oly annyira, hogy járni egyáltalán nem tudott, egyúttal heves háttáji fájdalmak léptek fel. Ily állapotban került a kórházba, a hol erőyes antihuetikus kúra daczára állapota csak eleinte javult annyira, hogy az incontinencia alvi et urina megszűnt, de a háttáji és a felső és alsó végtagokra kisugárzó fájdalmak tovább is szüntelenül fennállottak. Az alsó végtagokon teljes paraplegia állott be. Karok is csak nehezen mozgathatók. Reflexek kissé fokozódtak. Epileptikus rohamok is gyakran jelentkeznek, míg végre azzal járó heves tüdőcatarrhus siettetti az exitust.

A megejtett sectio alkalmával kintunt, hogy a gerinczvelő a lum-

balis tájon merév consistentiájú. E consistentia felfelé mindinkább esőkken, és feljebb a gerinczvelőnek körülirt, erősen ellágyult részletére bukkantak. E helyen a dura belővelt és a pia-val összenőtt. A pia is megvastagodott és a gerinczvelővel összenőtt. A gerinczvelő többi helyén a dorsalis, cervicalis tájon hasonló elváltozások voltak jelen. A gerinczvelő megbetegedése főképen a nyaki 5. és 8-dik csigolya között mutatkozott, mely helyen lent üregképződés, fent pedig ellágyult gócz mutatkozott. Mindehhez egyéb degeneratiók járultak. A szövettani vizsgálatoknál úgy a tulajdonképeni velőnek, mint az idegyököknek, a burkoknak és véredényeknek elváltozása volt constatálható. A gerinczvelőben granulatio szövet képződött, mely kötőszöveti degeneratiót szenvedett. Ez a jelenség, valamint a góczok multiplicitása, továbbá, hogy a kötőszövet, a támasztó anyag a véredényekkel együtt volt az elsőleges megbetegedés, mely után az idegelemek megbetegedése csak másodlagosan lépett fel, a klinice is meningomyelitis syphilitica diagnosit pathologica és histologica megerősítették. (Deutsche med. Wochenschrift. 1899.)

Sellei József dr.

Börkörtan.

Pemphigus vegetans hólyag tartalmában s a betegek vérében egy a diphtheria-bacillushoz hasonló mikroorganizmust talált Wallach, mely bacillus a tengerimalaczra és házinyúlra nagyfokban pathogen volt. Véleménye szerint e mikroorganizmus valószínűleg csak annyiban áll aetiologiai viszonyban a megbetegedéssel, hogy más mikroorganizmusok számára az utat előkészíti. Vegyes infectio siettetik a betegség fokozódását s végre lethalis kimenetelét. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1900. 52. k.)

Poór F. dr.

Actinomyces cutis jodipinra gyógyult esetét mutatta be Lion a boroszlói dermat. egyesületben (1900. február 5). A duzzanat eltűnt, a fistulák gyógyultak. Betegnél 20 napon keresztül 300 cm³ 25% jodipint (= 750 jod) alkalmazott subcutan, tehát körülbelül 100 gr. jodkalinak megfelelő mennyiséget. Az utolsó befejeszkedés 13 nappal a bemutatás előtt történt s a beteg vizeletében még a bemutatáskor is kimutatható volt a jod. Klingmüller jodipin injectiók után még 2 hónap múlva is képes volt a vizeletben jodot kimutatni. (Verhandl. der Breslauer Dermat. Verein. Kefer: Arch. f. Derm. u. Syph. LIII. k.)

Poór F. dr.

Az **achorion Schönleini** (favusgomba) viselkedését vizsgálta Bukowsky. Szerinte a favusgomba csak egyféle, daczára, hogy különböző körülmények között különféle formát mutathat. Általva az egyik táptalajról a másikra, a második táptalajnak megfelelő formában tenyészik, nem úgy mint az első. Karra oltva a favusnak úgynevezett herpetikus alakját mutatta s scutulumpéldák nélkül magától gyógyult. Ezen herpetikus stadium nem más, mint a bőr reactioja, mely megakadályozza az achorion Schönleini-nek tenyészését. A hol a bőr nem mutat egyáltalán vagy csak igen kis fokú reactiot, ott a favusgomba tenyészési feltételei adva vannak és a scutulum képződése is megindul. Házinyúl venájába oltva a tüdőknél ú. n. pseudotuberculosis mutatkozik, leukocytaer csomók óriás és epitheloid sejtekkel körüveszik a gombahalmazokat s így megakadályozzák azoknak növekedését. (Archiv f. Derm. u. Syph. LI. k. 3. f.)

Poór F. dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Pneumonia eseteiben Gélyi (Temes-Rékas) nagyon jó eredménnyel használja a creosotalt, melyből felnőttek reggel és este egy-egy kávéskanálnyit adott egy esése meleg tejben vagy orosz theában; gyermekeknek arányosan kisebb adag nyújtandó. Már 36 óra múlva kivétel nélkül kifejezett javulás volt észlelhető, mire az adagot felére vagy negyedére csökkentve, még 5 napon át használtatta. Szerző még megjegyzi, hogy erős náthánál is használja a creosotalt, azzal az eredménnyel, hogy fenti adag használatára 12–18 óra alatt a nátha megszűnik; az eredmény biztosítására még egy napig tovább használtatja a szert. Annak bizonyítására, hogy a creosotal még nagy adagokban is teljesen ártalmatlan, egy meglehetősen elgyengült, 49 éves nő esetét közli, a ki pneumoniában megbetegedvén, a rendelt creosotalból tévedésből 50 grammot vett be egyszerre minden káros következmény nélkül. Creosotal használatára a vizelet csaknem mindig sötétzöld színű lesz. (Orvosi heti szemle, 1900. november 18.)

Tüdővérzés eseteiben jó eredménnyel használja Janowsky a terpinolt, melyből kétóránként vétet be három cseppet egy pohár tejben. 8–15 adagra rendszeren megszűnik a vérzés. Ha 36 óra alatt nem mutatkozik javulás, a szert nem használtatja tovább, mert tapasztalása szerint akkor eredmény nem várható. Ha a vérzés már esőkken, akkor kisebb-béti ez adagot vagy ritkábban adja a rendes adagot. A vérzés megszűnése után is ezélszerű még 1–2 napig használtatni a szert. (Ruszkij Archiw Pathologii, 8. kötet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 4. szám. Telegdi Zsigmond: A citrophen és hedonal hatásáról. Felletár Emil: Tej által okozott mérgezés.

Centralblatt für innere Medizin, 1901. 3. szám. Gregor: Az enyv használatáról csecsemők táplálásánál.

Wiener medizinische Presse, 1901. 4. szám. Neurath: Ritkább esontdeformitások spinalis gyermekbénulás után. Grün és Braun: A tropon használatáról. Leyden: A német klinika a XX. század elején.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 4. szám. Chrobak: Horgas fogó nyomásának kimutatása a méhszájon. Kühne: A Küstner-féle symphysis fölötti keresztmetszés. Wormser: Az alsó végtagok puerperalis gangraenája.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 4. szám. *Braatz*: Az orvostörténet tanítása és az új orvosszigorlati tervezet. *Michaelis*: Haemoglobinuria új alakja. *Kalischer*: Bence-Jones-féle fehérjét kiválasztása a vizelet útján borda-myelománál. *Pagenstecher*: A sérült arteria coronaria alakjait. *Willebrand*: Vértérszűrmények egyidejű festése eosinnal és methylenkékkel. *Müller*: A kőzdesinfectio kérdéséhez. *Wateff*: Gyógyhelyek és ásványvizek Bulgáriában. *Holländer*: Lupus kezelése forró levegővel.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 4. szám. *Schatz*: A magzat súlypontja. *Stapler*: Az inoperabilis méhák kezelése. *Vajda*: Urethro-calibromanometer. *Ehrenfeld*: Tüdőgümőkór gyógyítása igazol-belégzéssel.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 4. szám. *Cohn*: A szem higiénije a XIX. században. *Karo*: Rectalis gonorrhoea két esete. *Wolfner*: Csukor előfordulásának gyakorisága kövér embereknél. *Weygandt*: Mánia-depressív elmezavar. *Moeli*: Agsyphilis. *Martens*: Húgy-csőszűkületek sebészi kezelése.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 3. szám. *Hofmann*: Hogyan érhetünk el legjobban mély, szabályos és nyugodt légzést a narkosis kezdetén? *Neugebauer*: A kettős lebeny képzésének új módja pofa-plastikánál. *Hermann*: Selyemkatheterek sterilizálása.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 4. szám. *Marcelle*: Az alsó végtagok varixainak kezelése és gyógyítása. *Max és Devos*: Vele-született gyengeség és couveuse-ök. *Barnich*: A szegycsont törése, a mediastinum anticum tályogja, halál septicaemia következtében.

La semaine médicale, 1901. 4. szám. *Faure*: Thoracikus fájdalom gyomorátfűródás okozta peritonitisnél.

Le progrès médical, 1901. 2. szám. *Cardamatis és Kanellis*: Az úgynevezett gastralgikus perniciosus láz. 3. szám. *Panas*: Műtévi szabályok a szemészetben. *Suarez de Mendoza*: A sinus frontalis gyakorlati szempontból fontos anomáliája.

British medical journal, 1901. január 26. Tropikus betegségekre vonatkozó közlések sorozatát tartalmazza.

The lancet, 1901. I. 4. szám. *Frederick W. Mott*: A mérgek selectiv befolyása vonatkozással az idegrendszer megbetegedéseire. *J. Mitford Atkinson*: A pestis. *L. C. Parkes és S. Rideal*: Víz okozta typhus megelőzése csapatoknál. *Ch. A. Parker*: Az orr és torok szerzett syphilise. *H. Milton*: Idegen test eltávolítása a bronchusból intrathoracikus tracheotomia útján. *Th. Fisher*: Nagyfokú mészphosphat-lerakódás a tüdőben. *H. Douthwaite*: Mérgezés kőszén-kátránnyal. *Archibald Kidd*: Anthrax-eset. *Ch. Heaton*: Leucaemia spleno-medullaris; rendkívüli tolerancia arsennel szemben. *Percy R. Blake*: Praeventiv oltások diphtheria ellenes serummal. *J. D. Rice*: Gyomorfekély áttörése, műtét, gyógyulás. *W. J. Maurice*: Jejunalis intussusceptio; többszörös növedékek a jejunumban és a duodenumban.

Hetiszemle és vegyesek.

Figyelmeztetés a m. orvosi könyvkiadó-társulat tisztelt tagjaihoz! Mult évi november hóban körözcnyben és az „Orvosi Hetilap”-ban a társulat tisztelt tagjait értesítettük, hogy az 1900. évi könyvilletményt legkésőbb f. é. január hó közepén fogjuk szétküldhetni. Ezen ígéretet sajnálattal nem válhattuk be, mivel az illetmény egyik része, t. i. *Temesváry Resz* dr. munkája a tejelválasztásról és szoptatásról nyomdailag egészen még nem készült el. Kérjük tehát a t. tagokat türelemmel lenni mindaddig, míg az előre láthatólag a jövő február hóban elkészül, midőn is azonnal szétküldetni fogjuk.

Budapest, 1901. január 30-dikán. *Koller Gyula* dr., első titkár.
— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 3. hetében (1901. január 13-dikától január 19-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 687,729, katona 16,220, összesen 703,959. Elveszületett 403 gyermek, elhalt 314 egyén, a születések tehát 89-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 29.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 32.2, az egy éven felüli lakosságnál: 18.2, az öt éven felüli lakosságnál: 15.9. — A mult hét végén volt 2996 beteg, szaporodás e héten 941, csökkenés 889, maradt e hét végén 3048 beteg. **B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi január 15-étől január 21-éig terjedő 3. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel):** cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 49 (36), diphtheria, croup 14 (22), hagymáz (typhus) 3 (1), kanyaró (morbili) 168 (195), trachoma 4 (6), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 37 (24), orbáncz (erysipelas) 17 (19), gyermekági láz (febr. puerp.) 1 (0), ezenfelül varicella 39 (54).

☒ A képviselőház közegészségügyi vitája. A képviselőház orvos-képviselőinek, Major Ferencnek és Pap Samunak elvitathatlan érdeme, hogy a képviselőház a belügyi tárca tárgyalásakor a közegészségügygel behatóan foglalkozott. A következőkben a fontosabb nyilatkozatokat röviden megismertetjük. Az első szónok, a ki a kérdést szóba hozta, Zichy János gróf volt, a ki azt hangoztatta, hogy a közegészségügyi szomorú állapotok javítására vajmi kevés történik. Berzeviczy Albert az országos orvosszövetség memorandumára hívja fel a kormány figyelmét, az államotást sürgeti. Úgy az orvosképzés, mint a főváros anyagi érdekéből állami kórház létesítését javasolja. Pap Samu hangsúlyozza, hogy a fertőző betegségek ellen való védekezésünk még sok kívánni valót hagy hátra. A közegészségügyi ministerium felállítását túlzott

követelésnek tartja, de annál inkább sürgeti a belügyministerium közegészségügyi osztályának kellő dotatitóját és megfelelő szervezését, hogy a közegészségügyi felügyelők mennél több időt töltsenek a vidéken. Major Ferenc statisztikai adatokkal bizonyítja, hogy a közegészségügyi viszonyok nem oly rózsásak, a mint azt hivatalos szinben feltüntetik, hangsúlyozza az orvosi kar tarthatatlan helyzetét, melyet államotítás útján óhajt orvosolni. A trachoma-kórházak helyett szemkórházak felállítását sürgeti, kimerítően szól az elmebetegügyről, intézkedéseket ajánl az iszákosság ellen. A tisztí és törvényszéki orvosi vizsgálatok átalakítását vagy eltörlését ajánlja és a közegészségügyi törvény revisioját sürgeti. Végül intézkedéseket kér a titkos szerekkel való visszaélés megállítására.

Száll Kálmán ministerelnök a felhozottakra ismételve reflektált, kiemelte a halandóság csökkenését s ezt épen a hozott intézkedéseknek tulajdonítja. A gyermekhalandóság csökkenésére ebben a költségvetésben 2.200,000 korona szerepel, bejelenti, hogy állami lelenczházat szándékozik létesíteni. Ilyen módon évente 8—10 ezer gyermek megmentése remélhető. A szülészeti ügy terén Tauffer Vilmos önfeláldozó, kitűnő segítségével haladást jelent a bábafolyamok felállítására. A gümőkór elleni védekezésre sorsolási kölesön útján óhajt pénzt szerezni. Az elmeügy terén az állami elmeügyintézetek szaporítását kilátásba helyezi. A tisztiorvosi vizsgálatról a ministerelnök azt mondta, hogy a kérdésről foglalkozik s nem sokára előterjesztést fog tenni (de hogy eltöri, azt a hiteles gyorsírói feljegyzések szerint nem mondotta!) A közegészségügyi törvény módosítását napirendre szándékozik tűzni, a fűrdőügy pedig állandó gondoskodásának tárgya. Végül kiemeli, hogy a belügyi administratio költségéből 20 százalékot, azaz 8 millió 700,000 koronát fordítanak a közegészségügyre.

— **Mihalkovics Géza szobra.** Az orvostanhallgatók segélyegyesülete gyűjtés útján szobrot emel elhunyt nagynevű kartársunknak. *Ligeti Miklós* szobrász mintázza a szobrot, mely teljes rektori díszben ábrázolja az elhunytat. Az emlék az anatómiai intézet homlokzata előtt levő udvaron fog helyet foglalni. A tanulók azért is folyamodtak a fő- és székvárosi tanácshoz, hogy a bonczatani intézet előtt levő mostani Tüzoltó-utczát Mihalkovics-utczának nevezzék.

☉ **Az országos közegészségügyi egyesületben napirendre vannak kitűzve a következő előadások:** február 6-án *Waldmann Fülöp* dr.: „A titkos szerekéről”; február 13-án *Wittmann Ferencz* dr.: „Elektromos világítás”; február 20-án *Hegedüs Armin* dr.: „A fővárosi iskolák építészéről”; február 17-én *Krausz Arthur* dr.: „A házi vízszűrőkről”; márczius 6-án *Szilágyi Gyula* dr.: „A községek ivóvizéről”; márczius 13-án *Lantos Emil* dr.: „A női ruha reformálásáról”; április 3-án *Schuschny Henrik* dr.: „Család és iskola”; április 10-én *Jurkiny Emil* dr.: „A fővárosi közkórházakról”.

⊕ **Tudósítás.** *Elefánt József* dr. Kunagota község közelebből elhunyt orvosának orvosi műszereit és orvostudományi könyvtárát február 8-dikán az ottani előjáróság hivatalosan el fogja adatni.

□ **A körmenői orvosok értekezlete** — mint azt velünk annak jegyzője *Hering Miklós* dr. közli — elhatározta, hogy a szentgotthárdi kerületi betegsegélyző pénztár körmenői állását évi átalányért nem fogadják el, hanem csak szabad orvos választás útján esetenkénti díjazás mellett. Midőn ezt a kartársaknak tudomására hozzák, egyszersmind kinyilatkoztatják, hogy a netán kiírandó pályázaton jelentkezni kívánó és talán Körmenben megtelepülni kívánó kartárs részéről az ő határozatukhoz való csatlakozást elvárják, különben vele úgy az orvosi, mint a társadalmi érintkezést megtagadják.

† **Elhunyt.** *Szamek Jakab* dr. Budapesten m. hó 28-dikán.
— A *Mattoni Henrik* cég csinos kiállítású tömbnapárt küldött szét az orvosoknak.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**” (Ujonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére.) **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kiváratra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénis iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásméden-ezeiben az ásványvíz naponta négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és áldó-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: **Budapest, V., Zoltán-utca 10.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (II. rendes ülés 1901. január hó 19-dikén.) 79. lap. — Közkórházi orvostársulat. (I. bemutató szakülés 1901. január hó 16-dikán.) 80. lap. — A Budapesti kir. orvosegyesület gynackologikus szakosztálya. (XXVII. ülés 1900. évi május hó 8-dikán.) 80. lap. — A budapesti orvosok szövetségének közgyűlése. 81. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 82. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(II. rendes ülés 1901. január 19-dikén.)

Elnök: Bókay János; jegyző: Ritoók Zsigmond.

Hysteriával szövődött myasthenia.

1. Kétly László: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Jendrassik Ernő: Alkalma volt ezen érdekes betegségnek négy esetét látni, kettőt már a nagy belgyógyászatban ismerttetett. Az esetek egyenként bizonyos különbséget árultak el, így az első eset egészen megfelelt a típusnak, a második az előző bemutatott eset érzékszavakokkal, a harmadik esetben a szemizmok épek maradtak a rosszabbodások csak napi ingadozásokban állottak, a negyedik eset pedig egy jelenleg 10 éves fiút illet, ez a gyermek születése óta van e bajban. Az esetek különbözősége és némely más köröki momentum azon felvételre utal, hogy itt hereditásos alapon a nyultvelő és talán a gerincvelő, esetleg azonban más idegrendszeri részlet gyengén fejlett s felmondja a szolgálatot. **Oppenheim** a myastheniáról írt új könyvében azon esetemet is ezen körökbe sorolja, a melyben ezelőtt 16 évvel Basedow-kórt és ophthalmoplegiát együttesen találtam; a beteget ma is ismerem, ezen eset nem tartozik a myasthenia csoportjába.

Kollarits Jenő: A bemutatott érdekes eset kapcsán a myastheniás reactio tekintetében tett vizsgálatairól óhajt röviden beszámolni.

Jolly közleménye óta ugyanis **Flora** kifejezett myastheniás reactiot talált két kisagyvelődaganatban, egy tabesban, egy nagyfokú kifáradással járó neurastheniában, egy nem jól osztályozható, talán sclerose en plaques és egy hysteriás esetben.

Szólt saját leletei a szerzővel annyiban megegyeznek, hogy kétszer kisagyvelőtumorban ugyanilyen eredményre jutott, sőt egy Basedow-kóros esetben, melyet eddig csak egyszer volt alkalma vizsgálni, ugyancsak a reactio nagyfokú kifáradását tapasztalta faradikus árammal szemben, de e kifáradás nem volt oly fokú, hogy az ingerlékenység teljesen megszűnt volna.

Egészséges emberen, tabes hypotoniában, hysteriában, sclerose en plaquesban, hemiplegiákban, peripheriás bénulásban hasonló eddig nem észlelt.

Alig hinné szóló, hogy a myastheniás reactio a Benedict-féle régen ismert kifáradási reactiotól különböznék. Ilyet **Benedict** agyvelőbajokban, **Berger** hemiplegiában, **Brenner** dystrophiában, **Erb** paralysis agitansban, **Oppenheim** Landry-bénulásban, **Salomonson** poliomyelitis ant. acutában, az elfajulási reactio beállta előtt átmenetileg csak egy esetben láttak.

Ehhez járul még, hogy a myastheniás reactio nem minden myastheniás betegen van meg és hogy ugyanazon esetben egyszer megvan, máskor hiányzik és a kifáradás foka is esetenként más. Ezzel ezen reactio diagnostikai jelentősége megszűnt és ha tekintetbe vesszük, hogy a protoveratrin mérgezésben is van kifáradási reactio, elesnek mindazon felvételek, melyek szerint a myastheniás reactioból a sérülés helyére lehetne következtetni.

Az autointoxicationak ellene szól az, hogy a tünetek kezdetben néha csak az egyoldali szemizmokra szorítkoznak és csak később mennek át a másik oldalra, a mi az egész testben levő mérge hatásával nem egyeztethető össze.

Embryoma ovarii.

Dirner Gusztáv: (Lapunk „Gyermekegyógyászat” mellékletében egész terjedelmében közöljük.)

Második császármetszés szűk medenczés nőn.

Tóth István: Ritkán van az orvosnak, egyes klinikának alkalma arra, hogy egy ugyanazon nő egymásután következő több szülését észlelje, irányítsa, különösen olyan esetben, a hol valamelyes rendelkezéssel, szűk medenczével van dolgunk.

Jelen bemutatandó esetet nem először hozza az orvosegyesület elé; már 1894. december 1-jén, majd 1898-ban referált róla, de most, miután nem fog többé alkalmat szolgáltatni, hogy szülésénél közreműködjenek, kívánja az azóta történeteket elmondani, kéri azonban engedélyüket arra, hogy a lefolyt eseményeket röviden összefoglalja.

A nő 1889-ben 19 éves korában szült először a II. számú női klinikán; medenczéje szűk s pedig általánosan szűk-lapos, conj. diag. 9-2 cm., verája 7-5 cm.-nek vehető fel.

Összesen 11 szülését észlelték s pedig a következőket:

- | | |
|--|------------|
| I. P. terhesség végén, élő magzat perforatioja | 1889. okt. |
| — II. P. terhesség végén sectio caesarea | 1890. |
| III. P. spontán abortus, poliklinikumban lepény levál. | 1892. |
| IV. P. mesters. koraszülés, spontán szülés | 1893. |
| V. P. koraszülés, farfekvés, spontán | 1894. |
| VI. P. mesters. koraszülés, plac. praev., fordítás | 1896. |
| VII. P. spontán abortus poliklinikumban | 1896. |
| — VIII. P. mesters. koraszülés, magasfogó, élő fiú | 1897. |

IX. P. mesters. abortus, lepényleválasztás
 1898. |

X. P. mesters. abortus, lepényleválasztás
 1899. |

— XI. P. sectio caesarea
 1900. |

Legutolsó alkalommal a VIII. P. után mutatta be szóló a nőt s már ekkor jelezte volt, hogy újabb terhesség esetén mérlegendő a mesterséges abortus kérdése.

Miután látták, hogy a mesterséges koraszülések hova-tovább újabb s nagyobb veszedelmet rejtenek magukban, hogy a 34-dik héten megindított koraszülést az utolsó esetben már magasfogóval kell befejezni, Tauffer tanár az újabb terhesség alkalmával a mesterséges abortus megindítását látja helyén valónak; így járnak el a IX. s X. terhességnél. Mindkettő lefolyása protrahált (az I. A. V. 18-tól VII. 17-ig, II. A. I. 27-től II. 17-ig), alig kelthető fel a méhtevékenységre, hetekig elhúzódnak s végre is nagy vérzés miatt a placentát mindkét esetben műviileg kell eltávolítaniok.

S nem sokára jön a nő immár 11-ik terhességével!

Mit tegyünk most? az alig 30 éves nőnél folytassuk tovább a mest. abortusokat? Hiszen ezek is mindinkább rosszabb s rosszabb lefolyást vesznek, a kimerült méh feladatát teljesíteni nem képes!

Tauffer tanár, miután mérlegelte a helyzetet minden oldaláról, az előzmények után föltétlen szükségét látja épen a nő érdekében a conceptio megakadályozásának, de kérdés, mi történjék a jelen terhességgel? Két út áll előtte: 1. mets. abortus provokálása ismét s azután egy külön műttel a nő sterilissé tétele, vagy 2. most a terhesség végének bevárása után ismét sectio caesarea s ez alkalommal a sterilizálás. Tauffer tanár e stadiumban a gynae. szakosztály előtt is előadta terveit, discussio tárgyává tette ezeket. Majd a második eljárást tette magáévá.

Türelemmel viseli a nő terhét sok aggodalom között. Míg végre múlt év november 8-dikán jelentkezik terhessége végén fájásokkal. Három ujjnyi méhszáj mellett, álló buroknál végezika a sectio caesareát, élő, érett, 2650 gr. súlyú magzatot hozva a világra, s azután a tubák resectiojával zárják ki a további conceptiot.

A nő zavartalanul gyógyul.

S most lezárja a sok nehéz órát átszenvedett nő szülési naplóját azon megnyugtató s jóleső érzéssel, hogy a tudomány mai eszközeivel felfegyverkezve sikerült e nőt annyi veszély közepette is szerencsésen átvezetelnök a nélkül, hogy bár a szülési műtték csaknem egész sorozatát elvégezték rajta, egyszer is megbetegedett volna; másrészt, hogy nem mulasztja el, hogy ezen illustris társaság előtt elismerése adóját le ne rója e derék nő, anya előtt, a ki gyöngé, törékeny testtel, de annál erősebb lélekkel, mindig törhetlenül bízva az orvosban, testi épességét, életét annyiszor helyezte bizalommal kezeikbe, s a ki, mint anya, nagyon szerény életviszonyai mellett is a legnagyobb szeretettel s odaadással táplálta, ápolta, nevelte, az ápolásra nagyon is reászolgált gyöngé magzatait.

Érdekes, tanulságos volt a 11 szülés s szerencsés kimenetelében a kis családra is.

Idegen test a méhben, illetőleg a méhkürt interstitialis részletében.

Tóth István: W. G. 34 éves, temesvármegyei, szatócse felesége. V. P. Utolsó másfél éve, abortus II. Ez alkalommal állítólag peterészletek maradtak vissza nála, hetekig vérzett, rázóhidegei voltak nagy lázakkal s hónapokig súlyos beteg volt. Azóta is állandóan fájdalmai vannak hasában, gyenge, munkaképtelen. Vérései rendetlenek. A II. sz. női klinikán vizsgálatnál a jobbra helyezett nagyobb uterus mellett, a bal medenczeület kitöltő, nagy ökönyi, egyenetlen, alig megmozgatható tumort találnak; adnex tumor.

Beteg észlelés alatt láztalan.

A hasmetszésnél a méh bal sarkával szélesen összefüggő tumort találnak, mely a belekkel s környezetével szívosán összenőtt, a kiválasztás egyideig simán megy, majd a tumor alsó segmentuma bereped s zöldes genny önti el a terenumot, a mitől lehetőleg iparkodnak óvni a hasfűrt. A tuba és ovarium képezte tumort részint tompán, részint késsel kell kiválasztaniok. Hogy jó csonkot kapjanak, ék alakban metszik ki a bal tubát, a mikor is a kés kemény tárgyba ütközik, a mit megragadva, a tuba ostiumán át egy 5 cm. hosszú, gyufavastagságú papálecikát húznak ki a méhürből.

A jobboldali adnexumok épek. Rendes toilette.

A beteg a műtét XI-dik napjától kezdve hosszasan lázasodik; a genynyel szenyezett hassebben abscessus képződik, s e mellett egy medenczebeli exsudatum fejlődik.

Ma a műtét 47-dik napján a beteg már felkelt, hassebe begyógyult, exsudatuma jelentékenyen megkisebbedett.

A kivett papálecika minden kétséget kizárólag az abortus provokálása alkalmával maradt a méhüriben, illetőleg a tuba interstit. részletében, a nő ugyan ezirányú kérdéseinkre feleletet nem ad s sirva kér, hogy e felől ne is faggassuk; úgy látszik egy orsó letört vége a pácza.

Érdekes, hogy 1 1/2 éven át maradt a méhüriben, súlyos megbetegedést okozva. Innen eredt a baloldali tubo-ovarialis genyes tumor, melynek bakteriologiai vizsgálata negatív eredményt mutat.

(Folyt. következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató szakülés 1901. január 16-dikán.)

Elnök: Mutschenbacher Béla; jegyző: Terray Pál.

Mátfél év előtt resecált könyökizület.

Dapsy Viktor: A 24 éves táviratkihordó a Réczey klinikájára 1899. év szeptember havában történt fölvételekor előadta, hogy jobb könyöke előtt ismeretlen okból megduzzadt, majd annyira fájdalmas lett, hogy alkarját behajlítani többé nem volt képes. A duzzanat csakhamar több helyen ki is fakadt s az így keletkező sebektől azóta folyton genyes váladék szivárgott ki. Megtekintve a lesóványodott s kissé vérszegény beteg jobboldali könyökét, kitűnt, hogy az erősen megduzzadt, csaknem kétszer akkora volt, mint a túlóldali. Ezen elmosódott határu terimenagyobbodás kékes-pirosan elszínesedett bőrrel volt fedve s rajta a feszítő oldalon több lencsényi egész fillérnyi nagyságú alávált szélű anyaghiány foglalt helyet, melyeken át kutatóval a könyökizületbe jutni. Mindenütt lemeztelenített, érdes, puha csont akadtak. Nyomásra különösen a radius fejecs és az epicondylusok voltak fájdalmasok, az alkar csaknem teljesen nyújtott helyzetben volt fixálva.

Mindezen tünetek alapján osteogen eredésű gümös könyökizületi gyuladást diagnosztizáltak. Az izület resectioját határozták el egyrészt, hogy a szervezetet infectiótól megóvják, másrészt, hogy jobb állásba hozván az alkart, annak működőképességet fokozzák.

A Langenbeck-féle hosszanti metszéssel operálták meg: az epiphysis végek mind betegek lévén, azokat resecálták, az olecranonból azonban sikerült egy keskeny részt megtartani; a gümös sarjakkal fedett tokszalogot teljesen kiirtották s a sipolymenteket kitakarították; a lágyrészeket varratokkal egyesítvén, az alkart gypssinnel derékszögben fixálták. A lefolyás zavartalan volt, a resecált csontvégek között erős szalagos összeköttetés fejlődött. 1½ hónappal az operatio után óvatos passív mozgattal igyekeztek a könyök mozgékonytását biztosítani.

A beteg több hónappal ezelőtt gyógyultán távozott s jelenleg jól tudja fölemelni jobb karját; az alkar működése normalis, a könyök kis fokban mozgatható, a beteg megerősödött: szóval sikerült a kóros gócz eltávolításával nemcsak a szervezet további fertőzését megakadályozni, hanem munkaképessé tenni a kóros végtagot.

Súlyos czombtörés conservative meggyógyított esete.

Dapsy Viktor: A 19 éves vasúti munkás a múlt év augusztus havában vasúti kocsi kerekai alá került. Réczey tanár klinikájára felvételekor a balczomb alsó harmada el volt törve; a bőr itt a hajlító oldalon férfitenyérszerű területen le volt hántva, az izomzat összeeszt. Ezen sebet a czombesont felső törvége nyomult ki, az alsó törvég nagy része pedig apró darabokra szétvált.

A súlyos sérülés dacára conservatív eljárást kíséreltek meg. E czélból alapos desinfectio után a csontszilánkokat igyekeztek eltávolítani. Hét kisebb-nagyobb csontdarabot sikerült is a sebből előhozni, melyek összerakva 3—4 cm. hosszú czombesont részletnek feleltek meg, a lágyrészek sebtét ezután 1—2 öltéssel lazán összehozva, a végtagot három gypsin közé helyezték el, melyek közül az egyik a csipőtarajtól a talpig ért, a másik a gáttól a talpra hajolt, a harmadik a lágyéktájtól a lábátra terjedt.

A zúzott terület felett a bőr elhalt. A beteg pár hétig lázas volt s október 16-dikán még két nekrotizált csontszilánkot kellett eltávolítani.

Ezen idő óta zavartalanul gyógyul; erős callus képződött; az elhalt bőr helyét tiszta sarjak borították, úgy hogy ezen területet október végén Thiersch-féle lebenynyel fedték.

Jelenleg a törés helyes állásban consolidált és a 6 cm.-nyi rövidülést leszámítva, a betegnek teljesen használható végtagja van.

Arcplastikai esetek.

Fischer Aladár: F. J. 57 éves földműves kimondása szerint félév óta szenved jelen bajában. Fölvételekor az alsó ajkat elfoglaló kifeléyesedett carcinoma találtatik betegnél. Bemutató a beteget főnöke, Navrátil tanár úr megbízásából f. é. január hó 3-dikán operálta. Hasonló, az egész alsó ajkakat magába foglaló rákok operálásánál természetesen a támadt defectusok pótlása képezi a főfeladatot. Az e czélra rendelkezésünkre álló methodusok közül a Blasius-féle és Esslander-féle, melyek egy oldalsó háromszögű lebenyt alkalmaznak, mint az arcz symmetriáját megrontók nem ajánlatosak. Diefenbach és Syme-Buchemann oldalsó négyyszögű lebenyei bár symmetrikusan elhelyezvők, nem elégségesek. A Bruns-féle négyyszögű pofalebenyek a felső ajk izmaihoz menő facialis rostok átmetszése miatt nem ajánlatosak, éppen így Langenbeck alsó lebenye sem, mert ez is zavarja az arcz symmetriáját és elég nyálkahártyát sem ad. A Jäsche-féle oldalsó ívmetszések sem elégségesek; bemutató tehát egy olyan eljárást alkalmazott, melyet mint a Jäsche-féle plastica egy módosítását szoktak tekinteni, bár tulajdonképpen nem egyéb, mint az ősi Celsus-féle elvnek a négyyszögű defectusok pótlására a helyi viszonyokhoz való alkalmazása, t. i. mindkét oldalon két-két segédmetszés végeztetett, ezek közül a felső a szájzugtól harántirányban haladva szeli át a pofa összes lágyrészeit a masseter széléig, az alsó a négyyszögű defectus alsó szögletéből indul ki és gyengén ívelten halad be- és kifelé, úgy hogy az állkapocs basisát az art. maxillaris externának az arczra való felkanyarodása előtt éri el; ez azért fontos, mert ez által az art. maxillaris externa a lebenyben bent lévén, a lebeny

táplálása biztosítva van. A képezett lebenyek mozgathatóságát igen nagyban fokozzuk, ha a masseter szélének megfelelőleg a nyálkahártyát átmetszzük és a masseter tapadását az állkapocsról egy darabba letoljuk. Így készítette a lebenyeket bemutató a jelen esetben és mint már ezelőtt is számos esetben ez által úgy cosmeticai mint functionalis tekintetben teljes sikert lehetett elérnie. Az arcz symmetriája nem változott, a száj normalis nagyságú, teljesen nyitható, a felső ajak mozgékonytása nem szenvedett és az újonnan képezett alsó ajak úgy evésnél és ivásnál, mint hangoztásnál teljesen pótolja a régit.

J. K. 45 éves földműves. Beteg több év óta szenved a bal alsó szemhéj és a bal pofa cancróidjában, mely az egész bal alsó szemhéjét és a szomszédos pofarészekből mintegy mátfél tallérnyi területet foglal el. Bemutató beteget múlt év december hó 12-dikén operálta. A cancróid kiirtván, miközben az egész alsó szemhéjat a conjunctivával együtt el kellett távolítani, egy gyermektenyérszerű defectus maradt vissza, melynek pótlására először is az orr hátáról vétetett, egy csúcsával lefelé néző lebeny, mely lepraeparátván, úgy fordítottatott, hogy hámos felszíne a bulbus felé nézzen. Azután egy másik nagy lebenyt vett bemutató a homlokról olyaténképen, hogy a lebeny nyele az arteria temporalis superficialist foglalja magába; ezen lebenyt azután az említett alsó lebeny és az arcz defectusa fölé hajította. A nagy lebeny lehajtásakor az annak nyelén képződött ráncz utólag kimetszetett és ugyanekkor a homlokra a lebeny helyén származott defectust Thiersch szerint transzplantálta. Ily módon a teljesen kiirtott alsó szemhéj pótlása, nemkülönben a nagy arczdefectus fedése teljesen kielégítő módon sikerült.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XXVII. ülés 1900. évi május hó 8-dikán.)

Elnök megnyitja az ülést és a jegyzőkönyv hitelesítésére Szabó és Szinessy tagokat kéri fel.

A) Előadás.

A bradycardia a gyermekágyban.

Szabó Sándor: Már a régi chinaiak ismerték ezen lassudást, melylyel később Montgomery, Attilio, Lorel s mások is foglalkoztak, de behatóbban e kérdéssel csak Blot foglalkozott, ki 1864-ben 225 gyermekágyban végzett vizsgálatai közben 71 esetben észlelt pulsuslassudást. Blot ezen tünetet úgy magyarázza, hogy szülés közben számtalan véredény tönkre megy, ezen keletkezett keringési akadály folytán a vérmennyiség megszaporodik s az arteriákban fokozott feszülést idéz elő. Miután pedig Marey szerint a pulsus szaporasága fordított viszonyban áll az arteriosus feszüléshez, az arteriák fokozott feszülése okozza a bradycardiát. Hasonló véleményen voltak Marey és Hémeý. Olshausen ezen tünetet úgy magyarázza, hogy a méhnek hirtelen kisebbedése s involutioja folytán létrejövő anaemia utáni heveny elzsírosodás a vér zsirtartalmát erősen fokozza, a mi a pulsus lassudását idézi elő. Elméletét állatkísérletekkel iparkodik bizonyítani.

Fritsch úgy fogja fel a dolgot, hogy a gyermekágyban végzett minimalis izommunka, teljes mozdulatlanság, fájdalmak nélküli fekvés következtében fogy a test élenyszüksége s így kevesebb lesz a kilégzett szénsavmennyiség is. Az élenyhiány s szénsavfelhalmozódás közötti aránytalanság kisebb lévén, a légző központ ingere is ritkább lesz. Lassabb lesz tehát a respiratio és az érverés is, úgy mint pl. a téli állmukat alvó állatoknál.

Hozzájárul még a testi s lelki izgalmak hiánya, a teljes euphoria. Löhlein osztja Fritsch nézetét, de azt hiszi, hogy ezen tünet keletkezéséhez még valami beidegzési rendellenesség is járul. Schroeder szerint a szülés után a magzati vérkeringés kirekesztetik s így a szív kevesebb munkával végezheti funkcióját. Vegas szerint a lassudás összefügg a tüdő kapacitásának emelkedésével, míg Temesváry és Bäcker az Olshausen elméletét fogadják el helyesnek. Riegel a lassudást a Traube-féle kifáradási elméletből magyarázza. Mylius Löhlein elméletét fogadja el helyesnek s a megváltozott táplálkozást is fontos tényezőnek tekinti.

Neumann szerint a lassudás a vagus cardialis gátlórostjainak az ingerlésén alapszik, míg Hill mindezek után tagadja ezen lassudás tényleges létezését s csak kivételnek tekinti. Blot elméletét Bernstein, Knoll s Müller kísérletei megdöntötték. Olshausen teoriáját csak egy kísérlet támogatja, mely azonban szintén csak látszólag szól a mellett.

Fritsch elméletét megdönti azon bebizonyított tény, hogy a lassudás már a szülés placentalis időszakában vagy azonnal azután veszi kezdetét, midőn a kisebb izommunka stb. még nem fejthette ki hatását a vérkeringésre. Legvalószínűbb Löhlein és Mayburg elmélete, mely szerint talán a méh involutioja alkalmával vegyi úton keletkezik.

Előadó vizsgálatait a Rókus-kórház szülészeti osztályának anyagán végezte, összesen 402 nőt vizsgált. Közöttük 68 terhést, 32 vajdó nőt s 302 gyermekágyast. Ezek között a lázasokat is beleértve, több mint 50%-ban talált lassudást; tehát körülbelül megegyezően Winckel s Olshausen eredményeivel. Legkifejezettebb volt a lassudás a gyermekágy 7-dik napján, bár kezdetét vette már a szülés után közvetlenül, sőt a vizsgált esetek 62%-ában már a placentalis időszokban. Ezen adatok megegyezők Löhlein, Temesváry és Bäcker s mások észleleteivel.

Szóptató s nem szóptató gyermekágyasok között különbséget nem tudott kimutatni a pulsus frequentia tekintetében; tehát Schröder elmé-

letét, hogy a tejelválasztás a pulsusra s temperaturára befolyással volna, beigazolnak nem találta. Terhesen végzett vizsgálatai kiderítették, hogy 65 alatti pulzust egyáltalán nem, 75 alatti pedig csak 26%-ában az eseteknek talált. Ugyanezen nők a gyermekágyban vizsgálva 50–60%-ban 60 alatti pulzust mutattak, tehát nem áll azon állítás, miszerint a gyermekágyban lassudást mutató nőknek pulsusa már a terhességben s még előbb is rendellenesen lassu volna.

Kétségtelen tehát, hogy a bradycardia már a szülés alatt keletkezik s oka is a szülési folyamatban keresendő. Annak kiderítése, hogy a bradycardia cardialis vagy extracardialis eredetű-e, előadó kísérleteit *Dehio* nyomán a *Neumann-éi*hez hasonlóan végezte, olyképpen, hogy erős pulsus lassudást mutató gyermekágyasoknak $\frac{1}{2}$ mg. atropint injiciált. A hatás mindegyik esetben ugyanaz volt. A nyákhártyára s pupillára való hatás csak körülbelül egy óra múlva jelentkezett, torok szárazság, fokozott arczpir s pupillatágulás alakjában, a pulsusra való hatás azonban már körülbelül 25–30 perc múlva állott elő. Az előbb feszes pulsus ugyanis kisebb s ritkább lett.

Frequentiája fokozódott, körülbelül egy óra múlva érte el tetőpontját. E hatás két óránál tovább is tartott. Arhythmia atropinra megszűnt s csak órák múlva jelentkezett újból. A legtöbb ismertetett elmélet abból indul ki, hogy a lassulás csak órákkal, napokkal a szülés után kezdődik. Ezt megczafolják *Veyes*, *Williams*, *Neumann* s előadó vizsgálatai. Mintán a pulsus-frequentia atropinra emelkedik, nyilvánvaló, hogy a bradycardia nem függ össze a szív működésével, tehát extracardialis eredetű. Látjuk, hogy a központi idegrendszer különböző helyei izgathatják a szülés alatt. Ily ingerek eredményei a gyakori vizelési inger, hányinger, fokozott patellaris reflex stb. Bár nem deríthetjük ki mindig ezen tünetek s a lassulás közötti összefüggést s bár valószínűleg még más ki nem derített tényezők is közreműködnek a lassulás létrejötténél, talán kémiai kiválasztások vagy egyéb elváltozások a méh szöveteiben, mi mellett szólna, hogy ezen tünet jóval gyakoribb volt pluriparáknál, mint primiparáknál, mégis legvalószínűbbnek találja előadó azon nézetet, miszerint a lassulás a cardialis gátlórostok ingerén alapul, mely a szülés alatt a vagus központ ingerlése által keletkezik.

Szili Sándor: A kémiai folyamatokra vonatkozólag megjegyzi, hogy a lochiák a pulsusra befolyással nem bírnak. Kísérleteinél steril lochiát fecskendezett állatok bőre alá és a manometer az érelökésnek semmiféle változását nem mutatta.

Temesváry Rezső: *Keil* nemrég közleményében azt állítja, hogy a pulsuslassubodás csak képzelte dolog, mert már a terhesség alatt is lassúbb a pulsus.

Bücker és ő hasonló vizsgálatokat végeztek és azt találták, hogy a pulsus igenis lassubodik a gyermekágyban, egészen a 8-dik napig. Ők a terhesség alatt átlag 86 érelökést találtak percenként, míg azt szülés után 77-nek, a II-dik napon 65-nak, a III-dik napon 64-nek, a IV-dik napon 63-nak, a V-dik napon 62-nek, a VI-dik napon 60-nak, a VII-dik napon 58-nak és a VIII-dik napon 57-nek találták.

A legkisebb szám, a melyet észleltek 32 volt (41 éves *VH.P.*-nál a gyermekágy VI-dik napján délután 4 órakor); ennél kisebbet *Mac Clintock* talált (30 érelökés). Az okra nézve valószínű, hogy mégis a vér valamely vegyi elváltozása szerepel. Szült teheneknél casamiát találtak, a mely a szülés utáni pulsuslassubodásnak az oka lehet.

Fleischl szintén kémiai folyamatra gondol, ép úgy mint az icterusnál.

Kézmárszky a szakosztály nevében köszönetet mond előadónak.

B) Bemutatók.

I. Kyphotikus harántul szűk ferde medencze.

Tóth István: A *Tauffer* tanár vezetése alatt álló II. sz. női klinikán 1900. április 6-dikán jelentkezett a szülészorostályon S. Sz. 18 éves hajadon. Elmondja, hogy 3 éves koráig egészséges volt, járt, tudott, akkor az asztalról leesett, bal lába fájni kezdett, hosszú ideig volt beteg, számos helyen folyt a geny derékán medenczéből, minek következménye volt, hogy bal lába összezsugorodott, háta kipuósodott; több éven át járt sem tudott s most két mankón jár. Jelenleg a terhesség végén van; előző nap délutánján szülőfájdalmak lepték meg. Vizsgálatnál a következőket találjuk: Alacsony termetű (132 cm. magas), halvány, de elég jól táplált nő; bal alsó végtagja jelentékenyen rövidült, fejlődésében visszamaradt, befelé rotált. Állásakor csak az ujj hegye éri a talajt. Rövid nyak, erősebben elődomborodó mellkas, bal fele jobban kiemelkedik. A lapoc közötti táj besüppedt. Háti gerincoszlop előre hajlott, lordosis. A lumbal szelvényen kisméretű scoliosissal járó kyphosis, a mely ráterjed a keresztcsontra is.

A lumbal tájon a gerincoszloptól jobbra két mély, a csontozathoz tapadó heg, ugyanilyen a baloldali és a keresztcsont csúcsánál a crena ani felett, valamint a jobb tampion is. (Régi genyedések nyílásai.)

A medencze dölése csökkent. Külső méretei: Sp. 24, Cr. 25, Conj. ext. 18. Az arcus pubis keskeny, a medencze oldalfalai meredeken haladnak le, a "linea innominata, főképp baloldalt, de jobboldalt is kitapintható. A promontorium el nem érhető. A keresztcsont felső része a kyphosis folytán egészen hátrahelyezett, alsó részlete ellenben kampószerűleg nyúlik be a medenczébe s annak kimenetét annyira szűkíti, hogy a symphysis alsó része s a keresztcsont csúcsa közötti távolság 8 cm. A keresztcsont alsó része, illetőleg az os coccygis mérsékelten jobbra van helyezve s úgy látszik a cavum ischio-rectaleban lefolyt genyedés folytán a lig. spinoso- és tuberoso-sacrum hegedése és rövidülése következtében ezen előrehajló horogszerű helyzetében megmozgathatatlanul van rögzítve. A harántszűkület mellett a medencze kis

fokban ferde is, a mennyiben a jobb acetabulum tája mélyebben benyomul (ez oldali végtag fokozottabb használata folytán).

A medencze tehát kyphotikus harántul szűk s e mellett ferde medencze.

Méhszaj három ujjnyi, burok áll, fej a medenczebemenetben, ki-mozdítható, nyílvarrat a jobb ferde s az egyenes átmérő között; kis kutaacs baloldalt elől, nagy kutaacs hátul, jobbra szintén elérhető. A fej beilleszkedése megfelel egyrészt a harántszűkületnek, de jelzi a medencze ferde voltát is. Magzat él, jól fejlődöttnek látszik. Szülőtevékenység jó.

A szülés mérlegelésénél nyilvánvaló, hogy a jelzett medenczén át, különösen épen a kimenet szűk volta mellett érett magzat élve át nem haladhat s ezért ilyen kedvező viszonyok között a sectio caesareának relativ indicatioját állítjuk fel s egyszersmind feltárjuk a helyzetet a szülőnő, illetőleg hozzátartozói előtt, a kik azonban a műtétet a leghatározottabban visszautasítják. Így nem marad más hátra, mint expectative járnunk el.

Április 6-dikán délután $\frac{1}{2}$ 12 órakor. Burokrepedés. Jó fájások mellett a fej a már leirt módon rögzítődik a medenczébe, de tovább nem halad. Egész éjen át erőteljes méhtevékenység. Reggelre a magzati szivhangok gyengülnek, a magzatviz meconiosus. Fej ugyanott, jelentékeny fejdaganat, a három ujjnyi méhszaj szélei különösen elől oedemasak.

Mérlegeljük a helyzetet. Feltevéseink, hogy élő kiviselt magzat feje ezen medenczén keresztül nem jön, a 24 órai erőteljes vajudozás után beigazolást nyert, a fej nagyon keveset haladt előre, továbbhaladása nem várható már azért sem, mivel további útjában mindinkább nagyobb akadályok állanak elé. Két út áll előttünk: 1. vagy megvárjuk azon időpontot, míg az anya részéről olyan complicatio merülnek fel, melyek a szülés befejezését okvetlenül sürgőssé teszik és ekkor kedvezőtlenebb viszonyok között a már esetleg elhalt magzatot perforáljuk; 2. vagy pedig a további vajudozást most már az élő magzat perforálásával, illetőleg a méhszaj bemetszésével megkönnyítjük.

A fent előadottak alapján az anya érdekében valónak látszik, hogy már most végezzük a perforatiót s azután a szülést a természetes szülőerőkre bizzuk, remélve, hogy a megkisebített fej elég gyorsan fog áthaladni a szülőcsatornán.

Április 7-dikén 9 órakor *Kivisch*-féle perforatoriummal megfúrjuk a jobb falcsonatot s az agyat lehetőleg kiürítjük. A nap folyamán az erőteljes fájások dacára alig haladt a szülés, a nő két napi vajudas alatt kimerült, a méhszaj oedemas, elől erősen becsipett, nagy nyomtatás színhelye. Ezért a perforatio után tíz órával a szülést befejezzük; a méhszaját több helyen bemetszve, kranioklastot helyezünk fel; erőlyes húzás alatt megszületik a fej, nagyobb nehézséget ad a vállak keresztülhozatala. A lepény 15 perc múlva távozik. A szülés után megejtett vizsgálatnál a hüvelybemenetben egy cm.-nyi repedés s több zúzódás, a kampszerűen előregörbült farkcsíkesont az extractio alatt, úgy látszik letörtött, úgy hogy most már mozgékony s ennek következtében nem is szűkíti annyira a kimenetet. A perforált fűmagzat 58 cm. hosszú, 2800 gr. súlyú (kivérezve, agy nélkül). Gyermekágy teljesen láztalan.

Utólagosan bírálva az esetet, azon véleményre jutunk, hogy e medenczén át most, a mikor a kimenet nagy szűkülete csökkent, egy kora magzat esetleg élve születhet, de a terhességnek olyan idejében, a mikor a magzat életképessége nagyon is problematikus. Ezzel szemben áll a sectio caesarea, ha ugyan a nő azt ismételtén vissza nem utasítja. Figyelmeztetjük a nőt, hogy újabb terhessége esetén idejekorán jelentkezzen a klinikán.

Kézmárszky: Nem várná be jelen esetben egy esetleges második terhesség végét, hanem koraszülést indítana meg, mert habár a farkcsíkesont nem is játszik már szerepet, a kimenet oly szűk, hogy itt kellene a fejet perforálni. A kyphotikus asymmetrikus medenczék épen az egyenesben tágabbak, a kimenet felé egyenletesen szűkülnek, de különösen a harántátmérőben. Hasonló esetet észlelt, a hol kyphotikus medenczénél a kimenetben levő fejet kellett perforálni.

Tóth azon véleményen van, hogy a medencze most vizsgálva azt az impressiót kelti, hogy a kimeneten kisebb és jól configurálódó fej keresztül mehetne. Mindenesetre figyelemmel kísérik és esetleges újabb szülésről referálnak a szakosztálynak.

(Folytatása következik.)

A budapesti orvosok szövetségének közgyűlése.

A budapesti orvosok szövetsége 1901. január 25-dikén délután 5 órára közgyűlést hirdetett a nyilvános ingyenes rendelések ügyében. A választmány ugyanis elhatározta, hogy a kérdést újból a közgyűlés elé terjeszti, mivel a január 4-diki közgyűlés nem volt alapszabályszerűen hirdetve. A közgyűlést csak $\frac{1}{2}$ 6 órakor lehetett megnyitni, mivel csak ez időre gyűlt össze 30 tag, de tárgyalás közben az orvos-egyesület terme zsufolásig megtelt, mivel ugyanezen nap délután 6 órájára tisztújító közgyűlés volt hirdetve s ez évben a szokottnál többen érdeklődtek a választások iránt. *Ippen József* előadott az „Orvosi Hetilap” 3-dik számában részletesen ismertetett pontok elfogadását újból ajánlotta. A vita főleg a 6-dik pont körül forgott, mely súlyos etikai vétésnek minősíti a hozott határozatok be nem tartását. *Tauffer Vilmos*, *Jendrassik Ernő*, *Andreánszky Jenő*, *Grósz Emil* azt vitatták, hogy a hozott határozatok módosztatásának elmulasztása nem erkölcsösen s így nem is alkothat etikai vétséget, a 6-dik pont beiktatása nem jogos, de nem is czélszerű. *Adler Zsigmond*, *Wein Manó*, *Walkó Rezső* ellenben e clausula fentartását kívánták, mert ebben látták a határozatok

végrehajtásának biztosítékát. E közben az etikai vétség nagyon is különböző definíciókat adott. Barsi Jenő a poliklinika ellen heves támadást intézett s e tárgyban javaslatot is nyújtott be. Végül szavazásra került a dolog s 81 szavazattal 56 szavazat ellenében a közgyűlés a választmány pontjait a 6-dik, etikai vétséget statuáló clausulával együtt elfogadta. Barsi Jenő indítványát pedig a javaslattevő hozzájárulásával jelentéstétel céljából a választmányhoz tette át.

Elnöklő Babarcsi-Schwartzter Ottó ezután 1/8 órákor megnyitotta a 6 órára hirdetett tisztújító közgyűlést, melyen a tagok meg sem hallgatva a jelentéseket, azonnal megkezdték a szavazást, mely a következő eredményre vezetett: Elnök: Babarcsi-Schwartzter Ottó; alelnökök: Adler Zsigmond, Elischer Gyula; főtitkár: Hüttl Hümér; titkár: Waldmann Fülöp; jegyző: Drechsler Dezső; pénztáros: Sümei József; gazda: id. Glass Izor. Választmányi tagok: Arkövy József, Basch Imre, Eisler Hugó, Fleisch Nándor, Fodor József, Freund Arthur, Friedrich Vilmos, Gerlőczy Zsigmond, Hainiss Géza, Heinrich Kálmán, Högyes Endre, Ippen József, Jendrassik Ernő, Jurkiny Emil, Klein Fülöp, Lichtenberg Kornél, Liebmann Mór, Pákozdi Károly, Petsits Márk, Rákosi Béla, Réczey Imre, Rózsaffy Alajos, Schermaun Adolf, Tauffer Vilmos, Temesváry Rezső, Varró Indár, Vladár Márton, Wein Manó.

A tisztikar a régi maradt, míg a választmányba Erdélyi Jakab, Papp Samu és Patai Samu helyébe Basch Imre, Hainiss Géza, Vladár Márton új tagokat választották. A szavazásban 158-an vettek részt. Négy lista is forgott közökben, de csak a másodtitkár és a választmányi tagok egy része tekintetében különböztek.

A közgyűlés igen zajos volt, egyes felszólalók nagyon eltávolodtak azon objectív hangtól, melyet az előadó Ippen József használt s a tagtársakat meg nem engedhető gyanúsításokkal illették.

Ilyen hangnadrak meghonosulását tisztos tagokból álló orvosok gyűléseztében megengedni nem lehet. A szabadsággal, melyet szövetségünk alkotmányos szervezete megenged, visszaelni sem az egyesnek, sem az összességnek nem szabad, különben kockáztatva lesz a cél, a mit kitűztünk, az a cél, hogy rendünk tekintélye az önkéntes szövetség alapján öregbüljön és gyarapodjék!

G. E.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A hyperleucocytosis jelentősége májtályogok kórismézésénél. A párisi „Société de biologie” december 29-dikén tartott ülésén Boinet felhívta a figyelmet a vérvizsgálat fontosságára májtályogok kórismézésénél. Azt találta ugyanis, hogy májtályog jelenléte esetén a fehér vérszám, különösen a polynuclearisok száma a normalis szám 6—10-szeresére emelkedik.

Bradycardia egy érdekes esetéről számolt be Fuhrmann a szentpétervári orvosegyesület egyik utóbbi ülésén. A 40 éves paraszt érel-késcinek száma percenként csak 18 volt. A szív, különösen jobb felében, tágult; a szívcsúcs felett zörög volt hallható. A betegnél észlelt tünetek elég súlyosak voltak: oedema, máj- és lépmelegnagyobbodás. Az idegrendszer részéről semmi különös eltérés nem volt észlelhető. A vizelet fehérjementes, benne alakelemek nem voltak. A beteget teljes nyugalomra fogták, belsőleg pedig valeriana-infusumot kapott és nux vomitát. Ezen kezelés mellett az állapot gyorsan javult, a szívhatárok a rendesre tértek vissza, az érelkések száma pedig percenként 84 lett. Betegségének egész ideje alatt az illetőnek subjectív panasza nem volt. Fuhrmann ezen rendkívüli fokú bradycardiát az arteriosclerosis folytán elfajult szivizom kifáradásából magyarázza.

Schapiro sajnálja, hogy nem próbáltak atropint adni a betegnek, megtudandó, vajjon nem a vagus izgalmi állapota idézte-e elő a bradycardiát.

PÁLYÁZATOK.

A magyar általános köszénbánya részvénytársulat tatavideki bányáinál Felső-Galla bányatelepen (Komárommegye), egy bánya-alorvosi állás rendszerezettik. Ezen állással évi 2400 korona kezdőfizetés, szabad lakás, fűtés és világítás van egybekötve. Pályázhatnak csakis oly okleveles orvostudorok, kik a sebészeten való speciális képzettségüket (kórház-, sebészeti gyakorlat, esetleg műtői képesítés) igazolni tudják.

Pályázatok február hó 18-dikáig alulirt társasághoz intézendők.

Magyar általános köszénbánya részvénytársulat tatavideki bányaművei társasághoz
Ranzirger Vincze.

3-2

Az alulirt előjáróság pesti izr. hitközség „Bródy Adél-gyermekekórházában” betöltendő egy alorvosi, esetleg egy segédorvosi tisztségre ezzel pályázatot nyit.

Az alorvosi állás évi 800 koronával, a segédorvosi állás évi 600 koronával díjaztatik.

Ez állásokra pályázó nőtlen orvostudorok születési bizonyítvánnyal, orvostudori oklevéllel és eddigi működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat a pesti izr. hitközség titkári hivatalában (VII., Sip-utca 12. sz., I. em.) f. évi február hó 15-dikéig nyújtsák be. A választás két évre szól; a megválasztottak a kórházban tartoznak lakni, hol élelmezést is nyernek.

Budapest, 1901. január hóban.

A pesti izr. hitközség előjárósága.

Vecsésen (Budapest mellett) a temetkezési egyesület orvosi állásra hirdet pályázatot. Az egyesületi orvos évi átalánya 900 korona; a látogatási díj pedig nappal 50 fillér, éjjel 1 korona. Az egyesületi tagok száma 2000. Ajánlatok 2 hét alatt Kranzinger Mihály egyesületi pénztárhoz Vecsére küldendők.

402/T. 901. sz.

A lemondás folytán megüresedett sáta körorvosi állásra, melynek kerületébe Sata, Nekézseny, Omány, Csokva, Lénárd-Daróc, Királdt, Mercse, Uppony és Bóta községek tartoznak, ezzel pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása 1600 korona készpénz, mely Borsodmegye házi pénztárából fizetetik és a szabályzatilag megállapított látogatási díjak.

A választás 1901. évi március hó 5-dikén d. e. 9 órákor fog Sata község-házánál megejtenni.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb március hó 2-dikáig d. u. 6 óráig benyújtsák. A később érkezők figyelembe vételét nem fogom.

Ó z d, 1901. január hó 26-dikán.

3-1

Zsóry György, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

Airol

elismert legjobb pótléka
a jodoformnak.

Spec. javallat:

Ulcus cruris

Ulcus molle

Egési sebeknél

Thiocol

egyetlen vízben oldó
Guajacol-készítmény szagtalan, nem mérges, nem izgató, könnyen felszívódó.

Specificum

Phthisis

ellen.

Egyes adag: 0,3—1,0 gr.
Napi adag: 2—5 gr.

Sirolin

határtalan ideig eltartható
Thiocol-narancsszörp.

Kellemes ízzel.

Javallat:

A phthisis kezdő szaka
Bronchitis,
Szamarhurut.

Napi adag: felnőttek 3—4 theakanál.
gyermek 1—2
Csakis eredeti palackban mintegy
150 gr. ára M. 3.20 = frt. 2 = Fr. 4.

Sulfosot-Sirup

nem egyéb mint méregtelenített
Kreosot szörpoldatban és különösen alkalmas a

Szegény- és b. pénztári gyakorlatb.
nem hígítva vagy a szokott italokkal keverve vehető.

Napi adag: felnőttek 3—4 theakanál.
gyermek 1—2
Csakis eredeti palackban mintegy
150 gr. ára M. 1.60 = frt. 1 = Fr. 2.

Iskolat és inggyminták a 1. orcos uraknak rendelkezésre állanak.

Egyedüli gyárosok:

F. Hoffmann-La Roche & Co., Basel und Grenzach.

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamáj-olaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitűnő hatású: táplálkozásban visszamaradt, rachitikus és scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál. — Készítője:

ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész, Budapest, V., Nagykorona-utca 23. sz.

Kapható az ország összes gyógyszertáiraiban üvegenként 2 koronáért.

: AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLÍTÁSON KITÜNTETÉST NYERT :

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenttartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Högyes Endre: Szükséges-e veszett állatmarás ismétlődése esetén az újra védoltás? 83. l.

Marschalkó Tamás: A veneréus bántalmak prophylaxisáról. 85. l.

Alapy Henrik: Közlemény a Bródy Adél-gyermekekórház sebészeti osztályáról. Az átjárhatlan bárzingszűkítések retrograd sondázása gastrostomia után. 69. l.

Tárcza. Az orvosdoktori szigorlati rend lényegesebb újításairól. 89. l. — Törvényjavaslat az állami gyermekmenhelyekről. 91. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Ráskai Dezső: A gonorrhoea általános fertőzés kérdése. 74. l. — Könyvismertetés. Sigm. Freud, Ueber den Traum. 92. l. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Nakarai: Tüdővésztes egyének egészséges nemi szerveiben tuberculosis-bacillusok. (Nagy Pál.) — Dietrich: Mesterségesen előidézett diphtheriának Behring-féle serummal kezeléséről. (Nagy P.) — Belgyógyászat. Jez és Kluk-Kluczycki, Eichhorst, Erb: A typhus abdominalis gyógyítása. — P. F. Richter: Kísérleti vizsgálatok a vesék és a glykosuria közötti viszonyról. (Kövesi G.) — Sebészet. Grzes: A vena saphena Trendelenburg szerint leköttése által nyert eredményekről az alsó végtagok varixainál. (Kuzmán Oszkár.) — Longuet: A hydrocele gyökeres műtete a tunica vaginalis kifordításával. Új eljárás. (Ráskai Dezső.) — Húgyászati beteg-

ségek. Sercel: A kankó által okozott izommegbetegedések. (Strausz Aladár.) — W. F. Bernart: A kankófoszlányok a vizeletben. (Strausz Aladár.) — Bőrkórtan. Bleuer: Herpes zooster. (Póór F.) — Hodara: Alopecia pityroides seborrhoica és praematura. (Póór F.) — Petrini: Psoriasis gyógyítása. (Póór F.) — Lissauer: A leukoplakia oris és a psoriasis vulgaris. (Póór F.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Buxbaum: Fersan. — Herzfeld: Unguentum Credé phlegmasia alba dolens ellen. — Az influenza gyógyítása. — Folyóiratok átnézete. 93—95. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Tisztiorvosi vizsga. — Oklevél-bemutató. — Vámosy Zoltán. — Beteges gyermekek részére. — A Semmelweis-émlék. — A 19. német belgyógyászati congressus. — A 22. német balneológiai congressus. — Kinevezések külföldi egyetemeken. — Az osztrák orvosok száma. — Behring tanár. — Nők mint egyetemi tanársegédek. — A budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Elhunyt. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 95. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Mellékletek. Temesváry Rezső: A szülészet haladása a XIX. században. — Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld cég „Hedonal” című prospektusa. — Dr. Szigeti: Az orvoslási díjak fejlődéstörténete.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Szükséges-e veszett állatmarás ismétlődése esetén az újra védoltás?¹

— Adatok a veszethezességel szemben létrehozott immunitás időtartamához. — Högyes Endre egyetemi tanártól.

A veszethezesség kitörésének megelőzésére gyakorlatban levő úgynevezett antirabikus védoltások nagy forgalmában több ízben előfordul az az eset, hogy az egyszer már megmar és védoltott egyén egy idő múlva újra veszethet állatmarást szenved.

Ilyen esetben természetesen felmerül a kérdés, vajjon újra kell-e védoltani az illetőt a veszethezességkitörés ellen, mint történt az az első esetben? avagy szükségtelen a revaccinatio azért, mert az első védoltás mentességet ad a későbbben történhető újabb fertőzésekkel szemben is?

A revaccinatio szükséges vagy nem szükséges voltának kérdése tehát az antirabikus védoltásoknál is épen úgy előtérbe kerül, mint a közönséges védhímlőoltásoknál, a hol szintén felmerült annak első alkalmazása után nemsokára az a kérdés, vajjon elég-e egyszer védoltani az embert egész életére, vagy pedig ismételn kell-e a vaccinatit az élet későbbi éveiben is?

Hogy a választ a therapia e par excellence gyakorlati fontosságú kérdésére megadhasuk, annak ismeretere van szükségünk, hogy a veszethezesség ellen a védoltás által mesterségesen előidézett immunitás mennyi ideig tart? eltart-e az egész életen keresztül, avagy egy idő múlva kialszik? a mely utóbbi esetben az új fenyegető veszélyek megelőzésére természetes az újra védoltás szüksége merül fel.

Jenner maga, ki a hímlő ellen való védoltásnak ma már

¹ Előadatott a M. Tud. Akademia III. osztályának 1901. január 21-diki ülésén.

közkincesé vált módszerét felfedezte, azon felfogásban állt, hogy az egyszer létrehozott immunitás a variolafertőzéssel szemben az egész életen át megmarad. Ezért hozta be a gyakorlatba, hogy a védoltást mindjárt az első életévben kell végrehajtani, hogy mielőbb és egész életére meg legyen a veszélytől mentve az illető. Idők multával azonban a tapasztalat kimutatta, hogy ez immunitás sok egyénben véglegesen nem marad meg, hanem kevesebb vagy több év múlva megszűnik és az ilyen egyén újabb hímlőjárványok esetén megkapja a bajt, habár az rajta rendesen sokkal szelidebben folyik is le, mint a nem védoltottakon. Ezen tapasztalati adatokon épült fel a revaccinatio szükségességének tana a hímlővel szemben, a melynek helyessége mai nap már kétségen kívül áll.

Évtizedek multak el azonban, míg e kérdésre nézve tisztába jött a tudomány, mert csupán a statisztikai észleletekre volt utalva következtetéseivel és az immunitás folyamatának benső lényege felől alig volt valami tájékozódása.

Mai nap már, midőn a fertőző betegségek pathológiájában és terapiájában — hála Pasteur úttörő búvárlatainak — kísérleti úton fejthetjük tovább ismereteinket: a különböző fertőző betegségek hasonló kérdései gyorsabb megoldást nyerhetnek. Mai nap már mesterségesen és többféle úton és módon tudunk immunitást létesíteni sok fertőző betegség ellen, ismerjük azt, hogy az így létesített immunitás körülbelül meddig tart és így tudhatjuk azt is, hogy adott esetben körülbelül mikor jön el az ideje annak, hogy a már egyszer immunitást szerzett, de azt ismét elvesztett szervezetet annak birtokába újra visszahelyezzük. Ha az immunitást közvetlenül magával a fertőző anyagnak meggyengített módosulatával (hígított, fellemelegített, chemiailag kezelt vírussal) idézzük elő, úgy mint az a közönséges védhímlőoltásnál, az úgynevezett actív immunitásoknál történik, az illető fertőző betegségekkel szemben való mentesség huzamosabb időn keresztül eltart. A variola ellen való mentesség tartamát pl. átlag 10 évre veszik,

a lépfenével szemben a védoltás által létrehozott immunitás körülbelül egy évre terjed, a szerzőgő üszök ellen létesített immunitás 17–18 hónapos tartamú, a sertésorbáncztól való mentesség is valószínűleg igen hosszú ideig tartó, a pestissel szemben activ úton létrehozott vírusmentesség is eltart nyolcz hónapig. Ha azonban az immunitást indirect úton, t. i. immunissá tett állat vérsavójával hozzuk létre, úgy mint az a diphtheriának serotherapeutikus gyógyításánál történik, az immunitás igen gyakran, néha az immun vérsavó befeeskendése után azonnal beáll ugyan, de rendszerint rövid idő múlva el is mulik.

Ezen úgynevezett passiv vagy antitoxin immunitásoknak tartamát a bűvárok a különböző fertőző betegségeknek különböző tartamúnak, de általában véve az activ immunitásokhoz képest rövidnek találták. *Székely Ágoston* dr. a vérsavó-therapiáról írott, akademiánknál a Rózsay-féle díjat nyert monographiájában jól összeállította e kérdésre vonatkozólag a különböző bűvárok tapasztalatait. (L. Magyar Orvosi Archivum VII. évf. 6. f. 1898.) Vérsavóval tetanussal szemben előidézett mentesség *Vaillard* szerint egérben 14 nap elteltével már gyengül, tengerimalacban pedig 11–14 nap között megszűnik. *Chantemesse* és *Widal* azt találták, hogy a typhus immun vérsavóval létrehozható mentesség alig tart egy hónapig. *Vincenzi* a cholera immun vérsavóval előidézett immunitás tartamát állatoknál 5–15 napra teszi. *Cunningham* szerint a kigyóméreg elleni vérsavó bevitele szintén csak muló immunitást hoz létre. *Dietrich*-nek házinyulaknál a Behring-féle diphtheriaellenes vérsavóval csak 11 napig tartó immunitást sikerült elérni. *Calmette* is a kigyóméregre vonatkozólag nyulaknál azt találta, hogy ha az ellen az immunitást active, azaz successive emelkedő kicsiny adagoknak bőr alá vitelével hozta létre, a létrehozott immunitás eltart 8 hónapon keresztül is, míg ha azt passive antiveninnel idézte elő, nem tartott az tovább 20–24 óránál. A pestissel szemben active létrehozott immunitás emberekben *Hafkin* szerint nyolcz nap múlva kezdődik és több hónapig eltart, a passiv úton pestis ellenes serummal előidézett immunitás, noha azonnal kezdődik, 8–10 napnál tovább nem tart.

Hogyan állanak e tekintetben a kísérleti adatok a veszetheggséggel szemben létrehozott immunitásra nézve?

Ide vonatkozó adatok eddigelé tudtommal csak a párisi és budapesti Pasteur-intézetből kerültek napvilágra. Pasteur a veszetheggség ellen a nyolczvanas évek közepén immunissá tett kutyáit több éven keresztül tartotta megfigyelés alatt. Időről időre több ízben kipróbálta azoknak mentességét a halálos hatású veszetheggség-vírus ellen. Azok az utcai veszetheggség vírusának subduralis vagy intraocularis befeeskendését mindig kiállották, míg a hasonlóképp inficiált control kutyák, természetesen kivétel nélkül, mindig megkapták a veszetheggséget. Pasteur egy közleményében egy kutyáról tesz említést, a melyben az immunitás még öt esztendő múlva is fennállott az első immunitás létesítése után.

A budapesti Pasteur-intézetben ilyen irányban tett észleletekről 1892-ben tettem közlést a Természettudományi Társulat félszázados jubileumára kiadott Emlékkönyvben. Ott (I. 364–367. l.) VII kísérleti rovat alatt 8 ilyen veszetheggséggel szemben immunissá tett és évek hosszú során megfigyelt kutya történetét közöltem, a melyeknél az első mentesítés után napok, hónapok, évek múlva ismételve történtek halálos próba infectiók azon kérdés eldöntésére, mikor kezdődik és meddig tart a mesterséges mentesség a veszetheggség ellen?

A közlés előtt az utolsó mentességi próba a megelőzőleg különböző időben immunizált 8 kutyán 1891 február 18-dikán történt. Ekkor mind a nyolcz állat abszolút mentesnek mutatkozott a legerősebb veszetheggségvírussal szemben is. Az első mentesítés 7 kutyánál 1888 január és július hónapok folyamán, egy kutyánál pedig még 1884-ben történt. Így a próbaoltás idején a bizonyított mentesség tartama 7 kutyában 2 év 8 hó és 3 év 1 hó, az egy kutyánál pedig teljes 7 év volt. Midőn tehát ama közlés megjelent, a felvetett kérdésre a felelet e kísérletek és észleletek alapján az volt, hogy a veszetheggségellenes mentesítő védoltások befejezése után igen rövid idő múlva (egy esetben már a 4-dik napon) kifejlődik az immunitás és igen hosszú időn keresztül eltart.

Hogy meddig tart? legalább egyes esetekben arra nézve

ama nyolcz kutya közül kettőnek a további története ad hozzávetőleges felvilágosítást.

Egyik kutya, a melyik 1888 január 20-dikán kapta a mentesítő védoltást, és a mely az 1891. február 19-diki próbainfectiót kiállotta, a mely tehát 3 év és 1 hó elteltével abszolút mentes volt a legerősebb veszetheggség-vírus hatásával szemben, 1897. július 31-dikén, tehát 9 év 6 hó és 11 nap múlva a mentesítő védoltások után utcai veszetheggség-vírusnak intraocularis bevitelével próbainfectiót kapott annak megvizsgálására, vajjon ilyen hosszú idő után meg van-e még a mentessége a halálos erejű veszetheggség-fertőzéssel szemben. Az állat nem állotta ki az új fertőzést, 1897. augusztus 24-dikén, az utóbbi fertőzés után 25 nap múlva benu-lásos veszetheggség jelei között eldöglött. Az agyveléből még aznap beoltott házinyúl 1897. szeptember 27-dikén hullott el három napi betegség után, 33 nap múlva a subduralis infectio után. A kutya tehát kétségtelenül veszetheggségben pusztult el. *Az első mentesítő védoltások után 3 év és 1 hó elteltével még fennálló abszolút immunitás tehát nála ezen idő és 9 év 6 hó 11 nap között valamikor megszűnt.*

A másik kutya története a következő. Ez 1888. június 27-dikén kapta mentő védoltásait. Az 1891. február 19-diki tömeges próbaoltások alkalmával, tehát 2 év és nyolcz hónap múlva a mentesítés után abszolút immunitásban volt. 1893. október 25-dikén dögglött meg 5 év és 4 hó múlva a mentesítés után. Baja, a miben megdöglött, enyhe izgatottsági tünetekkel járó veszetheggség volt, a mit az bizonyított, hogy az agyveléből subduraliter inficiált nyúl a 12-dik napon megveszett és a 15-dik napon elhullott, a glycerinben félre tett kutya nyúltagy még két hét múlva is fertőző volt, és egy nyulat a dura alól a 25-dik napon megveszített. *Ez a kutya is tehát, a melyik az első mentesítés után 2 év és 8 hónap múlva még teljesen immun volt, 5 év és 4 hó múlva már nem volt az, és valamikor e két időhatár között veszette el az immunitását.*

E két kísérleti adat létezik tudtommal eddigelé az összes irodalomban, a melyből következtetést lehet vonni azon kérdésre, hogy meddig tart el a mesterséges mentesség a veszetheggség ellen?

Egybevetve e két kísérlet eredményét, azt mondhatjuk, hogy annak tartama kutyákon a 3 év és 5 év közé, tehát átlag 4 évre tehető. Természetesen ez időtartamra nézve az egyéni különböző fogékonyság szerint — itt is, mint más immunitásoknál — ingadozások lépnek fel, ez az ingadozás azonban valószínűleg inkább a mentesség hosszabbodásának javára esik, a mennyiben a fentebbi tömeges próbakísérleteknél 2 és 3 év között még mind a 8 kutyánál abszolút volt az immunitás.

Hogyan áll mostan a veszetheggség elleni immunitás kérdése az emberi szervezetre vonatkozólag? Megmarad-e az az immunitás, melyet az antirabikus védoltások az ebmarottaknál előidéznek, huzamosabb időn vagy az egész életen keresztül?

Erre a kérdésre emberi szervezetre vonatkozó közvetlen észleletekkel és tapasztalatokkal még ezideig nem rendelkezünk.

Emberre vonatkozólag olyan tapasztalatok dönthetnek el biztosan e kérdést, mint a milyenek a himlő elleni védoltás által létesített immunitás tartamára fennállanak. A védhimlővel sikeresen oltott egyénekben, kik az első években az újra történő vaccinationa — annak jeléül, hogy teljesen immunisek — nem reagálnak, évek multával újra meg fogamzik a védoltásra alkalmazott vaccina. Ugyanezek, kik a védoltás után következő években himlőjárványok esetén majdnem kivétel nélkül biztosak lehetnek a felől, hogy nem fogják megkapni a hólyagos himlőt, öt év elteltével már soha sem biztosak a felől. Épen ezen észleletek direct bizonyítékul szolgálnak arra, hogy az egyszeri himlő elleni védoltás nem ad örökös mentességet, hogy a variola elleni immunitás az emberi szervezetben több év lefolyása után tényleg megszűnik. Az emberi szervezet veszetheggséggel szemben való immunitásának megszűnésére hasonértékű észleleteink eddigelé még nincsenek. Olyan eseteket, hogy veszett állatmarta embereket, kik antirabikus védoltásokat kaptak és ennek folytán a veszetheggség kitörésétől megszabadultak, újra megmart volna a veszett eb és a védoltás elhanyagolása folytán kitört volna rajtuk a veszetheggség, eddigelé még nem ismerünk. Pedig az ilyen észleletek lennének a döntők annak direct bizonyítására, hogy a veszetheggség elleni

immunitás az emberi szervezetben egy ideig fennállása után megszűnhet.

A kérdés eldöntésénél tehát direct bizonyítékok híjában csak analog bizonyításra vagyunk utalva. És ép ez analog bizonyítékokat szolgáltatják a fennebbi kutyakisérletek.

Azon szoros hasonlatosságnál fogva, a mely az állati különösen pedig a kutya és emberi veszettség tüneteinek megjelenésében és lefolyásában mutatkozik, felvehető, hogy az e baj ellen való immunitás processusa is analog állatokban és emberekben és a kutyákon nyert fentebbi észleletek analogiája szerint a legnagyobb valószínűséggel mondható, hogy *a veszettséggel szemben való mentesség évek multával az emberi szervezetben is megszűnik*. E megszűnés idejére nézve, valamint az állatoknál, úgy az emberekben is, praecis időhatárokat természetesen ki nem jelölhetünk, csak azt mondhatjuk, hogy úgy mint a más betegségek ellen való mentességeknél, egyénenként bizonyára ingadozásnak van alá vetve.

És most megfelelhetünk a gyakorlati élet által felvetett azon kérdésre is, *vajjon szükséges-e ismétlődő veszett állatmarás esetén az újabb védőoltás?* A felelet, a mit a fentebbiek alapján ez idő szerint e kérdésre adhatunk, a következő.

Emberi szervezetre nézve ugyan közvetlen tapasztalatok nincsenek arra nézve, hogy az egyszer mesterségesen létrehozott veszettségmentesség későbbben valamikor megszűnik, a kutyák veszettségmentességének idők multával való megszűnése azonban kísérletileg bizonyítva van. Azon szoros analogiánál fogva, mely a kutya és emberi veszettségnek, mint kórfolyamatnak lefolyásában mutatkozik, valószínű, hogy az immunitás lefolyására nézve a kutya és ember szervezetében azonosság áll fenn: így fel kell vennünk, hogy az egyszer létrehozott emberi veszettségmentesség is megszűnik, a mi azt jelenti, hogy újabb veszett ebmarás esetén újra ki van téve az illető a veszettségkötés esélyének. Ennélfogva a revaccinatio szükségessége principialiter fenforog.

Arra a kérdésre, vajjon veszett ebmarás ismétlődése esetén minden esetben szükséges-e a revaccinatio vagy nem? szintén a fentebbiek folytán lehet megadni a választ. Mintán a mostan érvényben levő veszettségellenes oltásokkal előidézett mentesség aktiv természetű, azaz néhány hétig vagy hónapig bizonyosan eltart, a védőoltások bevégezése után nemsokára ismétlődő veszett ebmarás esetekben a revaccinatio szükség nincs. Mennél távolabb esik azonban az ismétlődő veszett ebmarás ideje az első védőoltások befejeztétől, annál indokoltabb az újra védőoltás. Egyes szervezetek — úgy mint a variolánál is, habár kivételesen, előfordul — néha az első vaccinatio után igen rövid idő múlva elvesztik immunitásukat. Concret esetben az illető sohasem tudja, vajjon az ő szervezete nem esik-e a kivételek közé? Ezeknek alapján felállítható a tétel: *hogy az ismétlődő veszett ebmarások esetén az újraoltás mindenkor javasolva van és csak olyan esetben nélkülözhető, midőn az ebmarás ismétlése az első védőoltások befejezése után igen rövid idő múlva történik.*

A venereás bántalmak prophylaxisáról.

Marschalkó Tamás dr. kolozsvári egyetemi tanártól.

(Vége.)

Hanem azt is állítottam, mélyen tisztelt orvosegyesület, hogy a dolog természetéből kifolyólag a prostitutio orvosi ellenőrzése is olyan institutio, a melyet ha megannyira tökéletesítünk is, mégis csak egy gyarló intézmény fog maradni, a melynek közegészségi szempontból mindig csak nagyon is relativ értéke leend. Igyekezni fogok ezen állításomat is megvilágítani és bizonyítékokkal támogatni.

Hiszen, hogy először is a syphiles bántalmakat vegyük, az ideális ellenőrzés és prophylaxis az lenne, hogy ha a syphiles kéjnének a syphilis egész ragályozó tartamára, tehát átlag 2—3 esztendőre lehetetlenné tennők a prostituálást az által, hogy azt kórházban, illetőleg külön e célra emelt asyllumokban internálnánk. Könnyen belátható, hogy ez sohasem lesz keresztül vihető, bármennyire is hangsúlyozza azt újabban egynémely szakember. Mert egyrészt a személyes szabadság ily nagymérvű megszorításához nézetem szerint sem az államnak, sem a társa-

dalomnak nincsen meg a joga és annak a keresztülvitelére bizonynyal senki sem vállalkoznék; de még feltéve azt is, hogy tényleg akadna olyan hatóság, a mely ezen drákói intézkedést keresztül erőszakolni akarná, annak csak az lenne a következménye, mint minden egyéb a prostitutio ellen irányított és számtalanszor megkísértett drákói rendszabályoknak, hogy t. i. a prostituált ennek absolute nem vetné magát alá, hanem mindent elkövetne, hogy magát az ellenőrzés alól kivonja, megmaradna a prostitutio, de nem lenne ellenőrzött prostitutio.

Az ellenőrzés által tehát csak annyi érhető el, hogy a legjobb esetben minden oly kéjné, a ki a syphilis korai stadiumában van, a legkisebb gyanus tünet vagy recidiva jelentkezésekor, vagy akár csak egy pseudovenereás bántalom vagy egyszerű erosio esetében is, a melyek egy egészséges kéjnénél nem veszedelmesek, de igenis veszedelmessé válhatnak egy olyannál, a ki a syphilis korai stadiumában van, azonnal kórházban internálunk. Hogy azonban ezt tehesük, tudni kellene, hogy melyik azon kéjné, a ki a syphilis korai stadiumában van; és épen ez azon pont, a melyre nézve a prostitutio ellenőrzése nemcsak nálunk, hanem egyáltalában sehol sem áll feladatának magaslatán. Nincsen változóbb anyag a prostituáltaknál, ezt mindenki tudja és ez egyik főoka annak, hogy az újonnan érkező kéjné antecedentiáiról a mai ellenőrzés mellett absolute semmit sem tudunk. Ha szabad lenne egy banális hasonlattal élnem, azt mondanám, hogy a prostituált olyan, mint egy üstökös; feltűnik a prostitutio egén, senki sem tudja honnan jött, egy darabig többé-kevésbé ragyog, vagy nem is ragyog, aztán letűnik, senki sem tudja hová, hogy vagy soha vissza ne térjen, vagy pedig egy bizonyos idő múlva ismét előkerüljön.

Csakis oly módon, ha tudnók azt, hogy melyik kéjné van a syphilis korai ragályozó időszakában, lehetne az orvosi ellenőrzéssel kapcsolatban keresztül vinni kéjnéknél a Fournier-Neisser-féle intermittens higanykezelést, t. i., hogy időnként akkor is végeztessünk az olyan kéjnével, a kiről tudjuk, hogy a syphilisnek egész korai szakában van, egy pár higanygyógymódot, ha különben tüneteket nem is találunk. Ezen gyógyítási módnak a syphilidologusok ma már csaknem teljesen egybehangzó véleménye szerint a legnagyobb befolyása van a syphilis ragályozó időszakának megrövidítésére, másrészt meg ily módon a recidivák is ritkábban jelentkeznek és enyhébbek, úgy hogy ezen egész újításnak a syphilis prophylaxisára nézve igen nagy fontossága lenne; e mellett azt ambulanter lehetne végezni.

Ezen gyógyítási módot én osztályomon már régen alkalmazom; minden recens syphilissel osztályomra kerülő kéjné ugyanis kibocsátása alkalmával utasítva lesz egy bizonyos idő elteltével minden héten egyszer megjelenni a poliklinikán, hogy egy bizonyos számú higanybefejeszkendézést (e célra rendszeren 10%-os salicylhigany-suspensiot alkalmazunk) kapjon, és mondhatom, mélyen tisztelt kartárs urak, hogy a legtöbb kéjné szívesen egyezik abba bele, ha megmagyarázzuk neki, hogy az az ő érdekében is van; hogy ha ezen gyógykezelésnek aláveti magát, akkor ritkábban kap vagy egyáltalában nem kap recidivákat és nem kerül be bajával ismét a kórházba és azok, a kik idő közben a városból el nem távoztak, rendszeren meg is jelennek ezen ambulans rendelésen. Persze, hogy ez csak egy csepp a tengerben és a míg a prostitutio egyöntetűleg rendezve nem lesz, szó sem lehet arról, hogy ezen a syphilis prophylaxisára nézve oly fontos újítás általánosítható legyen.

Hogy mégis egyelőre mint lehetne az ú. n. Sperk-féle, arezképpel ellátott számláló és beteglapok általános behozatala által a syphiles kéjnéket külön evidentiában tartani és egyúttal azon ominosus személyesereknek elejét venni, a melyről Pataky kartársam emlékezett meg, bővebben kifejtettem az említett elaboratumban.

Ilyen módon a prostitutio ellenőrzése legalább a syphilis prophylaxisát illetőleg állana feladatának magaslatán, bár azt is könnyű belátni, hogy az ellenőrzésnek még így is csak relativ értéke lenne, mert a kéjnéket folytonosan ellenőrizni nem lehet és azon a syphilis korai stadiumában lévő kéjné, a ki a délelőtti vizsgálatnál még teljesen egészségesnek találtatott, másnap vagy harmadnap, szóval a következő vizsgálatig már manifest tüneteket kaphat és fertőzhet; de hát így legalább sokat tehetnénk a syphilis prophylaxisára a prostitutio ellenőrzése által, míg a

mostani rendszer mellett annak értéke ebben a tekintetben is édes kevés.

A mi ellenben a *kankós bántalmakat* illeti, a melyek fontosság tekintetében pedig egyáltalában nem sokkal állanak a syphilitikus bántalmak mögött, sajnos, azt kell mondani, *hogy azokra nézve a prostitutio orvosi ellenőrzése majdnem teljesen hatástalan* és pedig azon egyszerű oknál fogva, mert a tisztán makroszkopos vizsgálat mellett a női kankó, a hevenyebb alakoktól eltekintve, a melyek pedig éppen prostituáltaknál ritkán fordulnak elő, legnagyobb részt felfedezetlen marad, különösen a prostituáltaknál, a kik az orvos megtevésére a legraffinrozottabb fogásokkal élnek. Arra nézve pedig, hogy a prostituáltak orvosi ellenőrzésénél a nemző részek váladékának kötelező göröcsői vizsgálatát általánosan behozzuk, gondolni sem lehet. Megvallom, még ezelőtt pár évvel ezt a követelményt a kankó prophylaxisára nézve elengedhetlenné tartottam és annak tartom most is, csak hogy annak a kivihetőségére nézve változott meg nézetem. Ezen reform oly óriási pénzázdozatokkal járna és olyannyira megnehezítené az egész ellenőrzést, az ellenőrző személyzetnek oly mérvű megszaporítását jelentené, hogy arra, hogy azt kötelezőleg behozzuk, nemcsak mi, de gazdagabb államok sem gondolhatnak. Mert ha csak úgy propter formam behoznók ezen reformot, de nem vinnők keresztül szigorúan, úgy ez ismét csak olyan félrendszer szabály lenne, a milyennel — sajnos — nagyon sokkal találkozunk a prostitutio ellenőrzése körül és a melynek prophylaktikus értéke vajmi kevés lenne.

Ha pedig tényleg sikerülne az említett nehézségeket legyőzni és pontosan végezni a göröcsői vizsgálatokat, úgy ez az ellenőrzés oly mérvű megszaporítását jelentené, mint előbb a syphilisnél említettem, a minek a kankónál is csak az lenne a következménye, hogy a prostituált, különösen a mostani rendszer mellett, egyáltalában nem vetné magát alá a vizsgálatnak, hanem óriásilag megszaporodnék a nyilvános prostitutio rovására a titkos.

Be kell vallanom, hogy sokszor eltűnök az azon, hogy tulajdonképpen milyen injuria is történik azon kéj nőkkel, a kik valamely más venereális bántalommal kórházba kerülnek és ott a mikroszkopos vizsgálatnál kiderül, hogy egy virulens, mondjuk uterinalis gonorrhoeájuk van, esetleg hónapokig lesznek internálva, míg a többi kéj nő, a kik véletlenül nem kerülnek be más bántalommal a kórházba és a kiknek nagy része, bátran mondhatjuk legalább is 40%-a, állandóan virulens kankóban szenved, szabadon folytatja mesterségét.

E mellett azt kell még tekintetbe venni, hogy a kankó még a syphilisnél is jobban el van terjedve, úgy hogy nem nagyitunk, ha azt mondjuk, hogy a felnőtteknél manapság a legjobban elterjedt betegséget képezi. Már csak ebből is látható, hogy a prostitutio ellenőrzése, még ha az említett reformot sikerülne is keresztül vinni, egymagában még kevésbé lenne elegendő a kankó prophylaxisára nézve, mint a syphilisnél, mert bátran elmondhatjuk, hogy a kankó mai óriási mérvű elterjedtsége mellett, mindenkinek, a ki egy extramatrimonialis közösülést végez, el kell készülnie arra, hogy ajándékképpen egy kankót szerez magának.

Itt az ideje, mélyen tisztelt Orvosegyesület, hogy a venereális bántalmak prophylaxisát más, egészségesebb alapokra fektessük és ne lovagoljunk folytonosan a prostitution, mert hisz az ellenőrzés gyarlóságát éppen most fejtegettem, *hanem hogy kitanítsuk a laikus publikumot arra, hogy ne bizakodjék az ellenőrzésben, de tanulja meg önmagát védeni a venereális fertőzés ellen.*

Hogy egyik legfontosabb eszköze a venereális bántalmak prophylaxisának azok egyszerű, korán kezdett és intenzív gyógykezelésében áll, azt már elmondottam és elmondottam azt is, hogy ennek fontossága most már kellőképpen elismertetik és méltányoltatik — legalább elvben — az irányadó tényezők részéről is.

De, mélyen tisztelt kartárs urak, a helyes *egyéni prophylaxis* nemcsak azt tanítja, hogy mit tegyünk akkor, ha már megkaptuk a bajt, hogy annak következményei sem az illőre, sem másokra nézve ne váljanak vagy legalább lehetőleg kevésbé váljanak veszedelmesekké, hanem még sokkal fontosabb azt tudni, *hogy mit csináljon valaki, hogy ne kapja meg a bajt?*

Az *egyéni, individualis prophylaxis* ezen részének fontossága

mindinkább meggyőződésünké válik és nekünk orvosoknak a kötelességünk kitanítani a laikus publikumot arra, hogy ne az állam gyámkodása alá helyezze magát és ne kíváncsion az államtól lehetetlen dolgot, hogy t. i. ez utóbbi a prostitutio ellenőrzése által mintegy garantiát vállaljon az iránt, hogy az azt használó közönség magát nem ragályozza, hanem *hogy első sorban mindenki magára vigyázzon.*

Mindenekelőtt orvosi részről hangsúlyozni kellene azt, hogy a nemi tekintetben való önmegtartóztatás nem olyan veszedelmes dolog az egészségre nézve, mint azt a laikusok általában hiszik; nekünk tehát oda kellene hatnunk, hogy azok, a kikre a fiatalság nevelése és vezetése bízva van, mindent elkövessenek arra nézve, hogy a nemi ösztön — a leghatalmasabb valamennyi között — a serdülő ifjaknál ne keletessék fel idő előtt és azután is a kellő határok között maradjon; most, sajnos, mindenütt az ellenkező történik. Csak hogy veszedelmes optimizmus lenne azt hinni, hogy ezt belátható időn belül el is lehet érni.

Ellenkezőleg, mint Neisser mondja, ama *tény*, hogy jelenleg a nemi ösztönt majdnem valamennyi férfi egy bizonyos kortól kezdve kielégíteni iparkodik, egyszer meg van és azzal mint egy *természetszerű szükséglettel* kell számolni.

Tehát nekünk orvosoknak okvetlenül ama *ténnyel* is számolni kell, hogy a létért való küzdelem mai nehéz korszakában, a midőn a fiatal ember csak igen későn jut hozzá, hogy magának családi tüzhelyet alapítson — és hányan egyáltalában nem jutnak hozzá —, mindenik, még a legsolidabb fiatal ember is többször jut azon veszedelembre, hogy magát egy venereális bántalommal megfertőzze.

A helyett tehát, hogy utópiákat igyekezzünk elérni, iparkodni kell *realis* utakat és módokat nyújtani a laikus publikumnak a venereális fertőzés kikérülésére, melyeket az tőlünk orvosoktól méltán megkivánhat, mert ha azt akarnók megvárni, míg az erkölcsök megjavulnak és a mostani társadalmi rend teljesen megváltozik és ez által csökkennek meg a venereális bántalmak, úgy azon veszedelemnek sikeres megcsökkentéséről, a mely azok folytonos propagálása által az egész társadalomra hárul, beláthatlan időkre le kellene mondani.

A syphilisre nézve e tekintetben még meglehetősen meg van a kezünk kötve, ámbar tagadhatatlan, hogy a publikum kitanítása által itt is igen sokat tehetünk. Hogy syphilitikus ragályozás létrejöttön, ahhoz tudvalevőleg okvetlenül szükséges, hogy ott, a hol a vírus megtapad, egy felhámfosztott bőr- vagy nyálkahártya felület legyen. Tisztán a nemi érintkezés útján terjedő syphilisről szólva tehát, arra kell ügyelni, hogy a nemi szerveken sem a közösülés előtt ne legyenek ilyen felhámított fosztott területek, sem pedig a közösülés alatt ne keletkezzenek, mert a *nemi szervek bőrének épségben tartása a legfontosabb óvszer a syphilitikus ragályozás ellen.* Ezért fontos különösen azon idült balanitiszek gyógykezelése, a melyek oly gyakran fordulnak elő és a melyeknél az egész koronaárok és a fityma belső lemeze állandóan lobosan izgatott és felmaródásokkal, hámfosztott területekkel van fedve; ezért nem tanácsos berugott fűvel közösülni; közösülés előtt a hímtagnak egy zsíradékkal, vaselinnel vagy lanolinnal való bekenése is tényleg sok embert mentett meg már a syphilitikus fertőzéstől; közösülés után meg legtanácsosabb a hímtagot és környékét egyszerűen tiszta vízzel és szappannal jól megmosni, utána esetleg még valamely desinficienssel, pl. 0.5—1% sublimatummal leöblíteni; ajánlatos az antiseptikus gyógyzsappanok, így 5% carbol- vagy creolin-szappan használatát is; ezen szappanok kis tubusokban kerülnek a kereskedésbe, úgy hogy mindenki könnyen magával hordhatja. Legújabbban Thimm lipesei bőrgyógyász antiseptikus anyaggal telített, könnyen olvadó massából készített golyócskákat hozott javaslatba, a melyeket ő védő testeknek (Schutzkörper) nevez és a melyek közösülés előtt a hüvelybe vezetettván, ott csakhamar elolvadnak és a penis lökései folytán egyenletesen minden irányban szétvitetnek, úgy hogy a vagina és a portio nyálkahártyája, de az egész penis is egyenletesen bevonatik ezen antiseptikus anyaggal és a fertőzés kölesönösen kizáratik vagy legalább megnehezíttetik. Egy ilyen védő test 0.5 gm. bórsavat, 0.15 gm. alsolt (ecetsav + bórsavas timföld) és 0.01 gm. sósavat tartalmaz. Thimm ezen testeket különösen a kankós fertőzés ellen ajánlja, de azt hiszem, czélszerű lenne az a syphilis-fertőzés ellen

is, különösen, ha erősebb antiseptikus anyagokat inkorporálunk belé és kívánatos lenne, hogy a nemi betegségek elleni védekezés ezen módja is elterjedést nyerjen.

Egyébként pedig a syphilis-fertőzés ellen legbiztosabb védelmet a kondom használata nyújt. Csak hogy óvakodni kell olyan kondomot használni, a melyet a prostituált maga kínál az illetőnek, mert ez a legtöbbször már többszörösen használva volt, úgy hogy az ilyen kondom használata közben még akkor is fertőzheti magát az illető, ha a prostituált különben véletlenül egészséges, maga a kondom által. De különben is még a finomabb gyártmányok között is sok haszontalan példány akad, a mely használat közben egyszerűen tönkre megy. De még, ha tényleg jó is a kondom, akkor sem zárja ki egészen biztosan a syphilises fertőzést, mert hisz tudva levő dolog, hogy a syphilisméreg közöslés alkalmával a bőrök, penis töve vagy fándomb bőrén is megtapadhat, tehát azon részeken, a melyek a kondom által nem védetnek. Bár a kondomot tényleg minden orvosnak ajánlani kellene és oda hatni, hogy általánosabb elterjedést nyerjen mint óvószer a syphilis ellen, mégis kevés a kilátás arra, hogy ezen eset valaha bekövetkezzék; itt tekintetbe jö először is a kondom drágasága, azután, hogy számos, különösen ideges, neurastheniás egyén oly nagy ellenszenvvel viseltetik minden ilyenmű manipulatio iránt, hogy kondommal egyáltalában nem is képes közöslőni, de meg különösen ama körülmény, hogy a kondom a kényeztetést jelentékenyen letompítja, úgy hogy Ricord híres mondása, hogy a kondom egy pókháló a fertőzés, ellenben egy páncél vagy kínai fal az élvezet ellen, tényleg bir jogosultsággal.

Ha azonban a syphilisnél a ragályozás megakadályozására nincsen is még egész biztos módszerünk, a kankós fertőzés férfiaknál már meglehetősen biztosan, sőt azt mondhatnám biztosan meg tudjuk akadályozni, a mi annál fontosabb, mert említém, hogy a kankós bántalmak terjedésének meggátolására a prostitutio ellenőrzése absolute nem bir befolyással.

Ma már biztosan tudjuk, hogy csak azon váladék fertőz, a mely gonococcusokat tartalmaz. Ha most már az ilyen gonococcus-tartalmú váladék olyan nyákhártyára kerül, a mely a kankós fertőzés iránt fogékony, így pl. a kötőhártyára vagy a húgycsőnyákhártyájára, egy bizonyos idő telik el, a míg a gonococcusok szaporodni kezdenek; kezdetben azonban, különösen miután a gonococcusoknak saját mozgási képességük nincs, helyben maradnak és antiseptikus szereink által elérhetők és megsemmisíthetők.

Ezen elméleti okoskodás birta rá Crédé-t, hogy az utána nevezett becséppentéseket 2%-os lapis-oldattal az újszülöttek ophthalmoblennorrhoeájának megakadályozására javaslatba hozza, a mely eljárás teljesen bevált és mondhatni az egész emberiség áldásává lön, mert a mióta a Crédé-féle becséppentések kötelezőleg belettek hozva, az újszülöttek szemkankója, ezen oly veszedelmes megbetegedés, a mely a legtöbbször oka a gyermekkorban szerzett vakságnak, már csak elvétve fordul elő úgy, hogy jelentőségét jóformán elvesztette.

A főfeltevel az ilyen prophylaktikus cseppentéseknél, hogy az alkalmazott szer bár oly töménységben és mennyiségben legyen alkalmazva, hogy a gonococcusok gyorsan és biztosan megöllessenek, e mellett azonban nagyobb fokú lobos reactio ne álljon elő.

Közel fekvő gondolat volt tehát ezen prophylaktikus becséppentéseket a férfiak genitális kankós fertőzése ellen is megkísérteni.

A kankós fertőzés ugyanis férfiaknál oly módon jö létre, hogy a közöslés alkalmával, a midőn az ejaculatio után az erigált penis ellankad, a női nemzörészek gonococoustartalmú váladékából egy kevés mintegy aspiráltatik és belé jut az orificiumba. Ezen váladék a benne levő gonococcusokkal együtt egy darabig alig pár millimetryre tapad meg a húgycsőnyílás megett a nyákhártyán.

Egy német orvosé — Blokusewsky — e tekintetben a kezdeményezés érdeme, ő alkalmazta legelőször, már több mint 5 év előtt a Crédé-féle becséppentéseket közvetlen vagy egészen rövid idővel a közöslés után a férfi húgycsőbe azon célzattal, hogy a kankós fertőzést megakadályozza és ezen kísérletek teljesen beváltak, úgy hogy elsőrangú szaktekintélyek, mint Neisser, már

ezelőtt több évvel igen melegen szálltak síkra ezen prophylaktikus becséppentések érdekében.

A 2%-os lapis-oldatnak azonban, bár a gonococcusokat pár másodperc alatt megöli és így a fertőzést biztosan megakadályozza, azon kellemetlen hatása van, hogy ha csak 1—2 cseppet fecskendezünk is be, mint ezt Blokusewsky ajánlotta, akkor is izgat és egy darabig kellemetlen fájdalmakat okoz a húgycsőben különösen érzékenyebb egyéneknek.

Talán ez az oka annak, hogy a Blokusewsky-féle eljárás mai napig sem tudott meghonosodni. Midőn azután Neisser a protargolt behozta a gyakorlatba, a melynek a lapis felett azon előnye van, hogy daczára annak, hogy hatalmas gonococcus ölő szer, az argentum nitricuménál 10-szer erősebb concentratio-ban sem izgatja a húgycsövet, másrészt meg sem fehérfy, sem konyhasótartalmú oldatokban sem csapódik ki, és így a test váladékai által nem bontatik meg, nem veszt el antiseptikus hatását, Frank berlini orvos a protargolt ajánlotta ezen prophylaktikus becséppentésekhez és az 1898-ban Strassburg-ban tartott német bőrgyógyászati congressuson már egy egész esemő erre vonatkozó sikerült kísérletről referált. Frank 20%-os protargol-glycerin-oldatot használt, a melylyel nemcsak eprouvettában csinált kísérleteket és mutatta ki, hogy az pár, körülbelül öt másodpercnyi behatás után a gonococcus kulturákat megsemmisíti, hanem az élőben is és 2—3 csepp ilyen protargol-oldat becséppentése által a húgycsőbe biztosan képes volt a húgycső-kankó kifejlődését megakadályozni.

Ha ezen becséppentéseket eléggé hamar, lehetőleg azonnal a közöslés után eszközöljük, úgy a kankós fertőzést modhatnám teljes biztossággal képesek vagyunk megakadályozni. Én magam is kipróbáltam gyakorlatomban a 20%-os protargol-glycerin-becséppentések prophylaktikus hatását és mondhatom a legjobb eredménnyel. Különösen egy esetet említhetek fel gyakorlatomból, a mely igen tanulságos. Nemrég azelőtt egy fiatal ember jelentkezett rendelésemen, a kinek viszonya akadt egy könnyű véru hölgyecskével, a kitől egy hatalmas kankót kapott. Miután ugyanis a fiatal ember ezelőtt már hosszabb ideig senkivel sem közöslött, a hölgyecske — egy harmadrangú színpadí csilag — kívánságára megtörtént a confrontatio, melynek folyamán tényleg kiderült, hogy a nőnek egy subacut és már semmi subjectiv tüneteket nem mutató, de még teljesen virulens, sok gonococoust tartalmazó váladéka és baloldali Bartholinitise van. A fiatal ember kankója pár heti kezelés után teljesen meggyógyult és ez idő alatt nem közöslött, miután azonban a viszonyt megszakítani egyáltalában nem volt hajlandó, ilyen prophylaktikus becséppentéseket rendeltem 20%-os protargol-glycerinnel, lelkére kötven, hogy soha se mulasztja el a közöslés után azonnal applicálni azt. A fiatal ember egy pár hétig a meglehetősen gyakori közöslés daczára sem fertőzte magát, de midőn egyszer egy cohabitatio után elmulasztá a becséppentést eszközölni, ennek következménye ismét egy friss kankós fertőzés lön.

Én egyáltalában minden betegemnek rendszeresen előírom ezen prophylaktikus becséppentéseket és mondhatom, eddig a legjobb sikerrel.

Ugy hogy nem habozom kijelenteni, hogy a fentebbiek után én ezen prophylaktikus becséppentések általános elterjedésében látom az egyedüli módját annak, hogy a kankós fertőzések óriási számát sikerrel megszorítani lehessen.

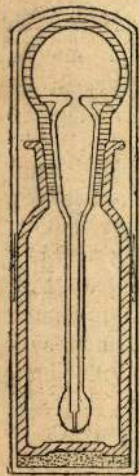
És valóban majdnem valamennyi a legújabb időben megjelent tankönyvben és a venereás bántalmak prophylaxisát tárgyaló tudományos munkában ezen becséppentések igen melegen lesznek elsőrangú szaktekintélyek által ajánlva. Kötelessége lenne azért minden nemesen és humanusan gondolkozó orvosnak azok általános elterjedését a laikus közönség körében elősegíteni és ha azok a publikum előtt mindeddig úgyszólván teljesen ismeretlenek, úgy ez alig magyarázható másként, mint hogy azok, eltekintve a specialistáktól, még az orvosok körében sem ismeretesek eléggé. Pedig Neisser a strassburgi congressuson még thesisei közzé is felvette azokat.

Nemcsak a specialistának, hanem minden egyes gyakorló orvosnak tudnia kellene, hogy a kankós fertőzés ellen legbiztosabb védelmet ezen közvetlen a közöslés után végzendő prophylaktikus becséppentések nyújtanak, melyeket mindenki könnyű

szerrel és a legkisebb kellemetlen mellékhatás nélkül önmaga elvégezhet.

Hogy ezen becseppentések, ha a szükséges oldat kéznél van, egy egyszerű cseppentő üveg segítségével is végezhetők, a milyent minden gyógytárban lehet kapni, az természetes, de mégis ahhoz, hogy azok a publikum előtt ismeretessé váljanak és általános elterjedést nyerjenek, hogy tehát a csezt, a kankós fertőzések számát leszállítani, elérhessük, ahhoz első sorban az szükséges, hogy külön e célra készített alkalmas cseppentő készülékek kerüljenek a forgalomba, a melyeket mindenki kényelmesen a zsebében hordhat, mert hangsúlyozom, hogy ezen becseppentések áldásos hatása csak akkor mutatkozik, ha azok lehetőleg hamar és minden közösülés után lesznek eszközölve és ha ennél fogva ilyen készüléket, a mely már előbb meg van töltve, mindenki mint egy zsebkést vagy írónt állandóan magánál hord, hogy alkalom adtán azonnal megtehesse a becseppentést.

Már *Blokusowsky* összeállított egy ilyen cseppentő készüléket, a melyet ő „samaritanus“-nak nevezett el és a mely áll egy kis üvegeséből, melynek szája egy vékony orsóalakú és egy kis kaucuksapka által elzárható nyúlványba folytatódik. Az üvege feneke be- és felfelé egy vékony csővecske alakjában ki van húzva, mi által több mint feléig tölthető meg folyadékkal, a nélkül, hogy az kiömlne. Az üvege alsó részén egy félgömbalakú kaucuklemez van megerősítve, a melynek összenyomása által, ha az üvege nyakát lefelé tartjuk és a kis kaucuksapkát levezesszük, mindig egy-egy kis csepp folyadék sajtolható ki. Az egész készülék egy fémtokban van elhelyezve.



Frank szintén szerkesztett egy körülbelül hasonló cseppentőkészüléket.

Ezen készülékek tényleg igen jó szolgálatot tesznek addig, a míg a bennük lévő oldat friss, de nagy hátrányuk az, hogy a készülék tulajdonosa nem töltheti meg maga az üvegesét, hacsak nincsen külön még egy Pravaz-fecskendője, és így, ha a folyadék kifogyott, úgy többé nem használhatja; még ennél is fontosabb azonban az, hogy ha a készülék sokáig állott raktáron, úgy a folyadék megbomlik, antiseptikus hatását elveszti és nem lévén friss oldattal pótolható, a tulajdonképeni cél, a kankós fertőzés megakadályozása illuszióvá válik.

Ez indított engem arra, hogy mult évi boroszlói tartózkodásom alatt egy kis, kényelmesen kezelhető és zsebben hordható cseppentő készüléket állítsak össze, melynél az említett hiányok ki vannak küszöbölve. E kis cseppentő készüléket egy casseli czégyártja és hozza forgalomba, mely azt „Phallos“-nak keresztelte el (1. az ábrát). A készülék lényege abban áll, hogy a folyadékot tartalmazó üvege és a cseppentő pipetta egymástól egészen független. Ez utóbbi áll egy alól olivszertűen megvastagodott üvegpipettára húzott kaucukdugóból, a mely át van fúrva és az üvege légmentes eldugaszolására szolgál és melylyel a szívókészülék egy kis gumigömb alakjában egy darabbá van forrasztva. A készülék akképen van szerkesztve, hogy egyszerre mindig csak egy meghatározott és a célra éppen szükséges folyadék (2–5 csepp) szívatik és nyomatik ki a pipettából, úgy hogy a dozirozás is automatische és exact módon történik. Az egész készülék egy kis nikkeltokban van elhelyezve.

Ismétlem, a kankó egyedüli helyes és mindenki által könnyen keresztül vihető prophylaxisa az ilyen becseppentések alkalmazásában áll, miért is mi orvosok nem ajánlhatjuk azokat eléggé.

* * *

A *prostitutio* ellenőrzésének jelenlegi rendszerei a *syphilis* prophylaxisára nézve alig számba vehető, a kankóéra nézve pedig éppen semmiféle eredményeket sem tudnak és fognak tudni felmutatni. Arra, hogy az ellenőrzés rendszereit megjavítsuk vagy pláne egészen gyökeresen átalakíthassuk, a mi okvetlenül szükséges lenne ahhoz, hogy az ellenőrzés által jobb eredményeket érjünk el, és erről a brüsszeli konferencia mindnyájunkat meggyőzött, éppen

nincsen kihatás. Sőt ellenkezőleg, azt hiszem, nem vagyok rossz próféta, ha azon nézetemnek adok kifejezést, hogy az abolitionistáknak a mai áramlatok mellett nem is nagyon hosszú idő múlva sikerülni fog a még meglevő reglementatiót, a mely a legtöbb helyen úgys csak névleg van már meg, teljesen megszüntetni.

Ezért jelen szerény előadásom főcélja volt, mélyen tisztelt kartárs urak, önökben azt a hitet, azt a meggyőződést kelteni fel, hogy legfőbb ideje, miszerint a venerás bántalmak prophylaxisa tekintetében egy új, egészségesebb irányt kapjon lábra és hogy első sorban nekünk orvosoknak kötelességünk ezen munkálkodni.

Ha sikerült ezt elérnem, úgy bátran elmondhatom, hogy hiába való munkát nem végeztem és előadásommal egy humanus és nemes célt szolgáltam.

Közlemény a Bródy Adél-gyermekkorház sebészi osztályáról.

Az átjárhatlan bárzsingszűkületek retrograd sondázása gastrostomia után.

Közlő: *Alapy Henrik* dr. egyetemi magántanár.

(Vége.)

Egy a kórtörténetben leírthoz látszólag hasonló műfogást már *Hacker* is alkalmazott. De a hasonlatosság csak látszólagos, a mennyiben úgy célja, mint kivitele is egészen más, mint az általam leírt eljárásé. *Hacker* javaslata t. i. nem is a gyomorból való sondázásra vonatkozik, hanem az *utólagos oesophagotomia externa* sebéből kiinduló kutaszólásra és ismétlését képezi annak a húgyvese-beébesztésből (nem éppen előnyösen) ismert eljárásnak, mely abból áll, hogy vastagabb cső belsejében egymásután több bélhúrt tolnak előre, míg végre az egyik bélhúr a szűkületen esetleg áthatol. A műfogás alapját az a gondolat képezi, hogy egymásután kitöltessék minden hely, mely nem vezet a szűkületbe, míg végre nem marad más hely, mint éppen a szűkület bejárata. A gyakorlatban ez a módszer nem igen vált be.

Az az eszme, mely engem eljárásomban vezetett, azon nehézségek megfontolásán alapszik, melyekbe a gyomorból való sondázás ütközik. Ezek a nehézségek kétféle természetűek.

1. A *bárzsing cardialis* végének megtalálása. Ez a mozzanat sem oly könnyű, mint az ember gondolná. Ha a gyomorsipolyt oly tágra készítettük is, hogy a mutatóujjat a gyomorba vezethetjük — a mi a sipolyon át való táplálás szempontjából nem előnyös és ezért nem is szokásos¹ —, a cardiát mégis alig vagyunk képesek ujjunkkal elérni. Többszörös hullakísérletnél azt találtam, hogy a gastrostomia sebének a cardiától való távolsága még egészen fiatal (1–2 éves) normalis esontrendszerű gyermekek hulláinál sem kevesebb sohasem, mint 8 cm. Angolkóros mellkasú gyermekeknél ez a távolság még nagyobb, felnőtteknél pedig sokkal nagyobb.² A hasfalak benyomása által ezt a távolságot meg lehet ugyan kisebbiteni, de nem jelentékenyen, miután a seb a kevésbé engedékeny bordaiv közvetlen közelében fekszik. Vastagabb műszereknek (fémsondáknak vagy 15–20 sz. rugalmas bougieknak) a sipolyba vezetett ujjal legalább a helyes irányt lehet megadni és ily módon velük aránylag könnyen lehet a cardiába bejutni. Hanem ezzel még nem sokat értünk, miután az ily eszközök a szűkület passirozására túlon túl vastagok. Ellenben egészen vékony műszereket, melyek erre alkalmasak volnának, nagyon nehezen lehet a cardiába bevezetni. Ha pedig bevezetésük már sikerült volna is, sohasem tudhatjuk biztosan, benn vagyunk-e, vagy sem.

2. A szűkület passirozása. Feltéve, hogy hosszas fáradozás után végre sikerült nemesak egy hajszál-bougiet a cardiába betolni, de meg is bizonyosodni a felől, hogy a műszer a szűkület helyéig érkezett, az igazi nehézség még csak ekkor kezdődik. A végből,

¹ Csak *Bergmann* (Über Operationen am Schlundrohre. Deutsche med. Woch. 1883. 42. és 43. sz.) és *Woolsey* (l. c.) ajánlják.

² A *Richardson* hullaméréseinél ez a távolság még nagyobbnak mutatkozott, átlagban 7½ hüvelyk = körülbelül 19 cm. (Washingtoni internat. Congr. Ref. Centralbl. f. Chirurgie 1887. 875. l.)

hogy a stricturán áthatoljunk, a műszerre egy bizonyos nyomást kell gyakorolni. Enyhe nyomást, de minden esetre nyomást. Ekkor pedig a kívánt előhatolás helyett az történik, hogy a *hajlékony műszernek az a része, mely oldaltámasz nélkül szabadon fekszik a gyomorban, elgörbül*. Ha erősebben megnyomjuk, akkor csak ez elhajlás lesz kifejezettebb.

Ezek azon nehézségek és akadályok, melyeknek legyőzésére törekszik fentebb leírt módszerem. A cardiába való bejutás, mint említve volt, olivás csúccsal ellátott vastagabb konikus bougie alkalmazása mellett, a mutatóujj vezetésével aránylag könnyen sikerül. Ha most erre egy Maisonneuve-féle kathetert húztunk s ezután az első műszert az utóbbitól kihúztuk, akkor e katheterben *olyan útra tettünk szert, a melyen egymásután a legkülönbözőbb vékony műszereket biztossággal és idővesztés nélkül vezethetjük a szűkülethez, s a mely e műszereknek egyúttal megadja azt a nélkülözhetlen oldaltámaszt is, mely őket az oldalt kitérésben, az elgörbülésben megakadályozza s így a szűkületen való áthatolásukat lehetségessé teszi.*

Nem akarom azt állítani, hogy ez úton azonnal áthatolunk minden stricturán. De annyi bizonyos, hogy az erre irányuló kísérleteket most már nyugodtan folytathatjuk abban a tudatban, hogy a *vak tapogatódzás helyébe módszeres eljárás lépett, mely — türelmet és némi ügyességet feltételezve — a szűkületen való átjutást mindenestre nagyon meg fogja könnyíteni.*

A közönséges filiformis húgycső-bougiek rövidebbek, sem-hogy a sikerült áthatolás után fel volnának tolhatók a szájba vagy az orrba, hol azután fonalat köthetnénk végükre, melyre a további tágitás műveleteiben mint vezetőre van szükségünk. A bél-húrok elég hosszúak ugyan, de összehasonlítva a finom ú. n. francia bougiekkal, olyannyira kezdetleges műszerek, hogy *bél-húrokat mai napság már egyáltalában nem volna szabad használni*. Ellenben minden tekintetben megfelelő eszközt kapunk akkor, ha közönséges hajszál-bougie helyett olyat alkalmazunk, mely azután mint vezető csavarható rá egy Phillips-féle bougiera. A kettő együtt körülbelül 60–70 cm.-nyi, tehát teljesen megfelelő hosszúsággal bír. Ezzel a műszerrel olyképp járunk el, hogy ha a vezető hajszál-bougieval sikerült keresztül hatolnunk, akkor vékonyabb — 10–12 Charr. — műszert csavarunk rá s ezzel azonnal tágitjuk a szűkületet. Ha ez a szám könnyen ment át, akkor visszahúzzuk, miközben a vezető a bárzsingban marad fekvő és most vastagabb számot erősítünk rá, stb. stb. Végül a vezető felső végére selyemfonalat kötünk, melyet a bárzsingon végig és a sipolyból kihúzza, a további tágitás céljaira benn-hagyunk a bárzsingban.

Az *átjárható* bárzsingszűkületeknek a szájból való tágitására is kiterjedten használom az ép említett eszközt, melyet e célra a legbiztosabb és legkíméletesebb műszernek tartok. A gastrostomiával kezelt bárzsingszűkületek kórtörténeteiben elég gyakran olvashatjuk, hogy a szűkületen csak filiform húr volt keresztülvezethető, de a stricturán sondával átjárni sehogyan sem lehetett és hogy a gyomorsipoly készítésére ez képezte az indiciót. Ez eléggé érthető volna; mert ha úgy járunk el, hogy most az áthatolt vékony műszert kihúzzuk s utána, ha csak egy számmal is vastagabbat akarunk bevezetni, akkor ez már elakad, nyomni pedig nem szabad, mert ennek nem áthatolás lehet a következménye, hanem az, hogy a sebész *álutat* készít, a mint hogy elég gyakran készít is. Hogy ez mily nagy baj, mondanom sem kell. Pedig, hogy igen számos esetben az itt vázolt módon jártak el, az a közleményekből nyilvánvaló.

Ha ellenben tágitó műszerül a Phillips-féle bougie-t használjuk, akkor az áthatolt vezetőt *nem* húzzuk ki a szűkülethez, hanem quasi csak meghosszabbítjuk a reá csavart vastagabb műszerrel, melylyel már eléggé jelentékeny nyomást gyakorolhatunk, a nélkül, hogy álút készítésének veszélyétől kellene tartanunk. S ez okból nem hallgathatom el azt a meggyőződésemet, hogy *nagy része azoknak a gastrostomiáknak, melyeket oly esetekben végeztek, melyeknél egy — bármily vékony — műszer a szájból még be volt vezethető a gyomorba, felesleges volt; és hogy a Phillips-féle tágitók használata által a gastrostomia a jövőben ily eseteknél gyakran el lesz kerülhető.*

T Á R C Z A.

Az orvosdoktori szigorlati rend lényegesebb újításairól.

A jelenleg érvényben levő orvosdoktori szigorlati rendnek, mely 1873, illetőleg 1874-ben kelt, — mint azt a két egyetem orvostanári testületei a szigorlati rend módosítására vonatkozó, a vallás- és közoktatásiügyi miniszterhez intézett fölterjesztéseikben bőven kifejtették — a hosszú tapasztalat több olyan hiányát derítette ki, mely annak reformálását indokolta és szükségessé tette.

A hiányok röviden a következőkben foglalhatók össze:

1. Az által, hogy a természetrajzi tárgyakat (állat-, ásvány- és növénytan) — mintegy hagyatékul azon régi felfogásnak, miszerint az orvos egyúttal természettudós is legyen — vizsga-tárgyakul meghagyta, a boncztanak, az orvosi tudomány egyik alapvető tárgyának tanulását az első évben nagymértékben korlátozta, mert a hallgatók a tanév végén leteendő természetrajzi vizsgálatokra való készülést a boncztan tanulását, különösen annak gyakorlati művelését elhanyagolták.

2. A most érvényben levő orvosdoktori szigorlati rend az orvosdoktori előszigorlatnak (természettan, vegytan, boncztan és élettan) a 4-dik félév végén vagy az 5-dik félév folyamán való letelését a hallgatók tetszésére bízván, a hanyag és gyenge tehetségű tanulók, a kik leginkább mulasztották el az előszigorlatnak a 4-dik vagy 5-dik félévben való letelését, a kórodákra a kórodai tárgyak megértésére okvetlenül megkívánt elméleti ismeretek nélkül léptek fel s így kórodai ki-képeztetésük csak felette fogyatékos lehetett.

3. A jelenlegi szigorlati rendben a boncztan és élettan gyakorlati vizsgálása az elméleti vizsgálattól (előszigorlat) el lévén választva és a tanfolyam végén teendő I-ső orvogyakorlati szigorlat körébe utalva, a hallgató kénytelen volt az 5-dik tanév alatt — a kórodai tárgyaknak igen nagy hátrányára — újból a boncztan és élettannal foglalkozni.

4. A most érvényben levő orvosdoktori szigorlati rend hibája továbbá, hogy az orvogyakorlati tárgyak olyan specialitásokat, melyek a kórodai főtárgyak kapcsán kellő terjedelemben nem taníthatók s nem tanulhatók, a melyeknek ismereteit azonban az élet szükséglete ma már a gyakorló orvostól okvetlenül megköveteli, teljesen mellőzte.

Ha figyelembe vesszük a mostani szigorlati rendnek röviden összefoglalt hiányait, azokból önként következnek azon főszempontok, melyek a szigorlati rend reformálásánál szem előtt tartandók.

Ilyenek: a természetrajzi tárgyakból az első év végén teendő vizsgálatok elejtése, a boncztan és az élettan elméleti és gyakorlati vizsgálásának egyesítése, az ú. n. elméleti tárgyakból a kórodai tárgyak hallgatása előtt *kötelezőleg* leteendő szigorlat rendszeresítése és végül az orvogyakorlati tárgyak egyes fontosabb specialitásainak a szigorlati rend megállapításánál való figyelembe vétele.

Kétséget sem szenved, hogy a természetrajzi tárgyak ismerete az orvosra nézve csak előnyös lehet, minthogy azonban a természetrajzi elővizsgálatok köztudomás szerint ezen tárgyak alapos megismerését egyáltalában nem biztosították, de manapság a természettudományok óriás terjedelme és rohamos fejlődése mellett nem is biztosíthatják; másrészt pedig, mint már említettett, ezen vizsgálatok a boncztan alapos megismerését megnehezítették, a mennyiben az azokra való készülést a hallgatókat különösen a boncztan és szövettani gyakorlatoktól elvonta, ennél fogva a kötelező természetrajzi vizsgálatokat továbbra is fentartani nem volna indokolt.

Orvosi körökben a természetrajzi tárgyaknak teljes mellőzése is hangoztatott; hogy ezzel szemben az orvosi szigorlati rend ezen tervezetében az állat-, ásvány- és növénytanak egy-egy félévig való kötelező hallgatása ajánlatik, azért történik, hogy ez által alkalom adassék az orvosnövendékeknek a természetrajzi tárgyak tudományos művelését az egyetemen megismerni és hogy azokban, a kikben ezen tárgyak beható tanulmányozására a hajlam megvan, az ébren tartassék és fejlesszessék. Mert noha az ma már túlhaladott álláspont, hogy minden orvos természet tudós is legyen, az ellenben, hogy az orvosokból is válják természet tudós, nagyon kívánatos.

Hogy a boncztan és élettan elméleti és gyakorlati vizsgálásának elkülönítése és az egyiknek a 2-dik tanév végén letehető előszigorlat-hoz, a másiknak pedig a tanfolyam végén leteendő I-ső orvogyakorlati szigorlathoz való csatolása czél szerűtlen, a hallgatóra terhes, az orvogyakorlati tárgyakra hátrányos, mert a hallgatókat arra kényszeríti, hogy az ötödik tanévben a kórodai tárgyak rovására újból ezen tárgyakkal foglalkozzanak, annyira nyilvánvaló és elismert, miszerint bővebb indokolásra nem szorul.

A legnehezebb kérdés, hogy miként biztosíthatassék az elméleti és gyakorlati ismeretek azon minimuma, a mely a kórodai tárgyak sikeres hallgatására okvetlenül megkívánatik. Hogy a hallgatóktól a kórodákra való fellépés előtt az ú. n. elméleti tárgyakból bizonyos mérvű ismeretek tanúsítása — tehát vizsgálatok vagy szigorlatok (egy vagy több) letelése — megkívánassék, az iránt a vélemények körülbelül megegyezők. Hogy ez azonban mi módon biztosíthatassék, mely tárgyakra terjedjen ki, arra nézve a felfogások nagyon eltérők.

Némelyek, így a két egyetem orvostanári testületei is, a czélt akképp vélik elérhető, ha az első három évben az összes kötelező, ú. n. elméleti tárgyakra kiterjedő, az évről-évre vizsgálatok jellegével bíró,

¹ Indokolás a mult számban közölt minisiteri rendelethez.

sőt a kolozsvári egyetem orvosi kara szerint még ismétléssel is egybekapcsolva, az első, második és harmadik tanév végén vagy a következő tanév elején leteendő három szigorlat rendszeresített, mások ismét a tárgyaknak és szigorlatoknak némi commassatioját megengedhetőnek vélik.

Az orvosdoktori szigorlati rendnek ezen tervezetében az utóbbi felfogás érvényesül, a mennyiben az első három év végén kötelezőleg leteendő, az évről-évre vizsgálatok jellegével bíró és az összes kötelező, ú. n. elméleti tárgyakra kiterjedő három szigorlat helyett csupán a természettan, vegytan, elméleti és gyakorlati élettan és boncztan, továbbá szövettanra kiterjedő, tehát tulajdonképpen a mai előszigorlatnak — kibővítve a boncztan, élettan és szövettan gyakorlati vizsgálatával — megfelelő, a 2-dik tanév végén vagy a 3-dik elején kötelezőleg leteendő egy szigorlat tervezetik.

Ilyen módon is el volna ugyanis érhető az, hogy a hallgatók a kórodai tárgyak hallgatásakor a sikeres tanulást biztosító előismereteknek birtokában lennének, különösen, ha még kimondatik — a mi ezen tervezetben javasoltatik — hogy a kórboncztan, a gyógyszer-tan és az általános kórtan hallgatásának meg kell előznie a kórodai fő tárgyak hallgatását. Teljesülne továbbá az első két évre nézve azon kívánság is — a melyre az orvostanári testület az évről-évre vizsgálatok jellegével bíró három szigorlat ajánlásakor nagy súlyt helyeznek — hogy a hallgatók azon tárgyakból vizsgálzassanak, a melyeket hallgatnak, és akkor, a midőn azokat hallgatják, illetőleg azokkal foglalkoznak.

Végül ilyen módon is el volna érhető az, hogy a tehetségtelen, vagy más okokból az orvosi pályára nem alkalmas hallgatók kellő időben eltereltetnének ezen pályáról.

Igaz, hogy a kórboncztan, gyógyszer-tan és általános kórtan ismerete szintén szükséges a kórodai tárgyak sikeres megértéséhez; az orvosdoktori szigorlati rendnek javaslatba hozott tervezete szerint pedig az iránt, vajjon a hallgatók ezen tárgyakból a kellő ismereteket megszerezték-e, nem nyújtatik teljes biztosíték, mert az azokból való vizsgázás megelőzőleg nem kívántatik meg, hanem csupán ezen tárgyak megelőző hallgatása javasoltatik.

Ezzel szemben felhozható, hogy a megelőző hallgatás is nyújt tájékozódást az illető tárgyakban, továbbá, hogy a kórboncztan és gyógyszer-tannak teljes elsajátítására nem elegendők azon elméleti és gyakorlati ismeretek, a melyek ezen a különös kór- és gyógytannal annyira összeforrt szakmáknak egy évi hallgatása után a hallgatóktól megkövetelhetők. A kórboncztani ismeretek ugyanis a hallgatóknak csak úgy válhatnak mintegy részévé, ha a kórodákon a betegségek tüneteit észlelve tanulmányozhatják az azoknak megfelelő kórboncztani változásokat a hullán. Eppen úgy a hallgatóknak a gyógyszer-tan hatás módjáról szerzett ismeretei csak akkor válnak maradandó az egész életre szóló ismeretké, ha azok a szerek hatását a betegeken észlelik és tanulmányozzák, ez pedig csak a kórodai tárgyak hallgatása alatt, tehát csak a tanfolyam bevégeztésekor következhetik be.

Ha tehát a szóban forgó tárgyakból a 3-dik év végén szigorlat letétele kívántatnék meg, okvetlen lejjebb kellene szállítani a követelményeket a mostaniaknál, a mi ezen fontos tanszakoknál nem volna megengedhető.

Annak indoklására, hogy az ezen tervezetben ajánlott, a második tanév végén teendő egy szigorlat mellett is meg van óva a lehetőség azon elv, hogy a hallgatók azon tárgyakból vizsgálzassanak, a melyeket hallgatnak és akkor, a midőn azokat hallgatják, felvilágosításul megjegyeztetik, miszerint a tervezetben az orvostanhallgatóknak a vegytanban gyakorlati kiképzése is céloztatik. Minthogy pedig a vegytannal való gyakorlati foglalkozás helyesen csak az elméleti előadások befejezése után történhetik, minthogy továbbá köztudomású (és szükséges is), hogy a hallgatók a boncztannal a 2. évben is foglalkozzanak, az élettan pedig a 2-dik évben adatik elő: ennél fogva az egy természet-tan kivéve, a szigorlat mindegyik tárgyára nézve áll az, hogy akkor vizsgáltatik, midőn azokat a tanulók hallgatják, illetőleg azzal foglalkoznak.

A vegytani gyakorlatoknak egy fél évig való kötelezővé tétele bővebb indoklásra alig szorul alig, midőn a vegytannak óriási fontosságát az orvostudományra tanúsítják a fertőző betegségek terén tett felfedezések, a ptomainok, toxinok, leucomainok, toxalbuminok stb., továbbá a szerves vegytan körében felmerülő számos új gyógyszer stb.

A mellett szól még nálunk azon specialis körülmény, hogy a vegytan a gymnasiumainkban épen nem vagy nem olyan mérvben tanítatik, a milyen előkészítőjeül szolgálhatna az egyetemi előadásoknak. Miért is a vegytani gyakorlatokra, a midőn az elméletileg tanultak gyakorlati alkalmazására jutnak és így a hallgatóság emlékébe jobban bevésődnek és a gyakorlatok alkalmából megismételtetnek, igen nagy szükség van; eltekintve attól, hogy a vegytani műveleteknél megkövetelt pontosság a hallgatókat az alapos és lelkiismeretes munkásságra, exact észlelésre és megfelelő kézi ügyességre szoktatja, a mely képességeknek elsajátítása az orvosnövendékeknek igen nagy hasznára válik.

Mint új vizsgatárgy szerepel a II. szigorlaton az általános kór- és gyógytan, melynek egy fél éven át való hallgatása a jelenlegi szigorlati rendben ugyan kötelező, de vizsgálat tárgyát nem képezi.

Az általános kór- és gyógytan a jelenleg érvényben álló szigorlati rend életbeléptetéséig mindig vizsgatárgy volt és a mostani szigorlati rendből is csak a közegészségtani tanszéknek a szigorlati rend életbeléptetésének idejében történt szervezése következtében hagyatott ki az utolsó perczben, hogy a közegészségtannak helyet adjon.

Minthogy az általános kór- és gyógytan az orvosnövendékeknek nézve nagy fontosságú, a külföldi orvosdoktori szigorlati szabályrende-

letekben is mint vizsgatárgy szerepel, annak a II. szigorlat tárgyai közé való felvétele javasoltatik.

Az orvosgyakorlati tárgyak specialitásai közül a gyermekgyógyászatnak, az elmekórtannak és a bőr- és bűjakórtannak egy-egy fél évi kötelező hallgatása és a harmadik szigorlaton felváltva való vizsgálása ajánltatik.

A felsorolt tárgyak a gyakorló orvosra annyira fontosak, hogy azoknak beható ismerete nélkül a gyakorlat kívánalmainak meg nem felelhet. Miután pedig ezen tárgyak behatóbb megismerésére a mostani szigorlati rendben előirt kórodai tanulmányok alatt, különösen a gyermekgyógyászat és elmekórtant illetőleg, már megfelelő beteganyag hiányában is alkalom nem nyílik és elegendő idő sem áll rendelkezésre: ennél fogva ezen tárgy legalább egy fél évig való kötelező hallgatásának megkivánása és a vizsgatárgyak közé való felvétele teljesen jogosult és tényleg szükséges.

A jelenleg érvényben levő szigorlati rend módosításánál szükségképp tekintetbe kellett venni azon körülményt, hogy időközben a tisztiorvosi és törvényszéki orvosi minősítő vizsgálatok életbeléptek.

Az által, hogy az illetékes kormányzati ágak a hatósági és törvényszéki orvosoktól külön minősítési vizsgálatok letételét kívánják meg, az egyetemek és a közoktatási kormány kötelezettsége egyedül a gyakorló orvosok kiképezésére szorítkozhatik.

Az orvosdoktori szigorlati rendnek mellékelte tervezete ezen körülményre tekintettel volt és azon szakmákat, a melyek a tisztí vagy törvényszéki orvostani minősítő vizsgálat tárgyát képezik, az orvosdoktori szigorlati rend módosításánál csak oly mérvig vette figyelembe, a milyen mérvben azoknak ismerete a gyakorló orvosokra nézve is okvetlenül szükséges.

Ebből magyarázható meg a gyógyszerismeret gyakorlati vizsgálatának eljuttatása, a közegészségtan és a törvényszéki orvostan gyakorlati vizsgálatának fel nem vétele.

Eltérés csak az elmekórtannál történik, mennyiben az, noha mindkét képesítő vizsgálat tárgyát képezi, az orvosdoktori szigorlati rendbe, a melyben eddig nem szerepelt, felvétetni javasoltatik. Ennek oka abban rejlik, hogy elmekórtani ismeretekre nemcsak a hatósági vagy törvényszéki orvosnak van szüksége, hanem nélkülözhetetlen az minden gyakorló orvosra nézve is. Az elmekórtanok kifejlődése ugyanis olyan időszakra esik, midőn az illető nem képezi a hatósági vagy törvényszéki orvosok beavatkozásának tárgyát, hanem a gyakorló orvos kezelése alatt áll, felette fontos tehát, hogy a gyakorló orvos a baj természetét idejekorán felismerje és annak elhárítására akkor, midőn arra a lehetőség bizonyos mérvig megvan, a szükséges intézkedéseket megtegye, mire elmekórtani ismeretek nélkül nem képes. De fontos az elmekórtan ismerete a gyakorló orvosra nézve azon szoros kapcsolat miatt is, a melyben egyes idegbetegségek az elmekórtanok némelyikével állanak.

Igen fontos újtásként szerepel az orvosdoktori szigorlati rend módosításánál ezen tervezetében a szigorlatok letételét követő egy évi kötelező kórházi gyakorlat kimutatásának megkivánása a gyakorlatba kilépés előtt.

Ezen intézkedésre, ha az orvostanhallgatók behatóbb gyakorlati kiképezését biztosítani akarjuk — a mi pedig nagyon kívánatos — feltétlenül szükség van. Az ú. n. elméleti orvosi tudományok sikeres elsajátítása ugyanis bizonyos sorrendet követel meg azok hallgatásában, az élettan a boncztannak, a kórtan és gyógyszer-tannal pedig az élettannak megelőző hallgatását kívánja meg, miért is a kórodai fő tárgyak hallgatása tulajdonképp a két utolsó tanévre szoríttatik. Tekintve már most a hallgatóknak nagy számát a budapesti egyetemen, továbbá az egyetemi kórodáknak azon sajnálatos körülmény folytán, mely szerint azok nagy közkórházzal összekapcsolva nincsenek, csekély beteganyagát, a rendelkezésre álló két év, ha nem is a gyakorlati szakmákból megkövetelt ismeretminimum megtanulására, de minden esetre azon gyakorlati vizsgálati módok, műtéti beavatkozások stb. oly mérvű elsajátítására és begyakorlására, a milyenre az önálló orvosi ténykedés terén a fiatal orvosnak az életben okvetlenül szüksége van, hogy pályája kezdetén a felmerülő nehézségekkel sikeresen megküzdhesen, határozottan elégtelen.

Érzi ezt a fiatal orvosok legnagyobb része és minden kényszer nélkül igyekszik ismereteit az egyetemi kórodákon vagy a közkórházakban teljesített egy vagy több évi szolgálat útján kiegészíteni és az orvosi gyakorlatban előjövő gyakorlati vizsgálati eljárásokat, a műtéti beavatkozásoknál megkívánt kézi ügyességet stb. elsajátítani, illetőleg azokban magát minél inkább tökéletesíteni.

Hogy a fiatal orvosok kórházi kiképezése ne az illetők belátására és kötelességérzetére legyen bízva, az a betegeknél és az orvosi rendnek egyaránt érdekében áll.

Nem tagadható, hogy ezen intézkedés új terhet ró az orvosjelöltekre; de ha tekintetbe vesszük, hogy azok javarésze ezen áldozatot saját magának is jól felfogott érdekében úgy is meghozta, tetemes részük pedig mint egyéves önkéntes fél évi kórházi szolgálatra — a mi az egy évi kötelező kórházi gyakorlatba betudandó lesz — amúgy is kötelezve van, az áldozatot nem tekintheti olyannak, a mely miatt ezen felette kívánatos és az orvosok kiképezésére, helyes kezelés mellett, minden esetre nagy haszonnal járó intézkedést mellőzni kellene.

Hogy ezen intézkedés az ország közegészségügyére nemcsak az orvosok alaposabb kiképezése által, hanem azon körülménynél fogva is, mely szerint számos modern képzettségű fiatal orvos az ország különböző kórházai kitélepítettén, a tudományról már nehezen haladó régi orvosokban az orvosi tudomány újabb vívmányai iránt az érdeklődést felébreszteti és őket az újabb vizsgálati módszerekbe

beavatni lesz hivatva, valamint a kórházak között a bizonyos feltételekhez kötendő felvételi jogosultság elnyerésére kifejlődő nemes verseny megindítása által jótékony hatású lesz, kétséget sem szenved.

Még egy hazai culturalis szempontból nagy fontosságú újítás foglaltatik a mellékelt szigorlati tervezetben s ez a tanidő egy része (4 félév) hazai egyetemeken való végzésének kötelezettsége.

Ambár az orvosi tudomány nemzetközi jellegű s noha csak kívánatos az, hogy a magyar orvostanhallgatók is látogassák a külföldi egyetemeket és hallgassák egyes hírneves külföldi orvos-tanárok előadásait: mégis ezen viszony annyira nem mehet, hogy azok, a kik hazánkban az orvosi gyakorlatra jogosítottak, hazai tanintézeteket, hazai orvosi culturánkat elkerülve és megvetve, összes tanulmányaikat külföldön végezzék; a gyógyszerkönyv, a közegészségtan és törvényszéki orvostan terén fennálló specialis hazai törvényeink, szabályaink és intézményeink minden ismerete nélkül ugyanazon jogokban részesüljenek, mint a hazai tudomány-egyetemeken végzettek. Ezért javasoltatik a szóban forgó szabályzati tervezetben, hogy attól, ki hazai egyetemeken az orvosdoktori oklevelet meg akarja szerezni, legalább 4 félévnek hazai egyetemeken való eltöltése kívántassék meg. A mint ez Ausztriában is megvan.

Végül eltér a mellékelt szabálytervezet a most érvényben lévő orvosdoktori szigorlati szabályzattól abban is, hogy az orvosdoktori szigorlatokat az államvizsgálatok jellegével kívánja felruházni és ennek megfelelően azokra a közoktatásügyi kormány felügyeleti jogát kiterjeszteni célozza.

Mint hogy az orvosdoktori szigorlatok és az azok alapján az egyetem által kiállított orvosdoktori oklevél nemcsak az akadémiai fokot adja meg a tulajdonosának, hanem őt az orvosi gyakorlatra is feljogosítja, ennél fogva az orvosdoktori szigorlatok nemcsak doktori, tehát egyetemi szigorlatoknak, hanem egyúttal államvizsgálatoknak is tekintendők. Miután az államvizsgálatoknál a kormány befolyása nemcsak arra terjedhet ki, hogy ezen vizsgálatok miként állítsanak egybe, azaz mi módon szerveztessenek, hanem arra is, hogy azok miképpen kezeltetnek és a tudományos szempontok mellett megfelelnek-e azon kívánalmaknak is, a melyek az orvosi gyakorlat szempontjából megkövetelendők, ennél fogva ennek a szabályzatban kifejezésre kellett jutni és fenn kellett tartani a jogot arra, hogy a kormány a szigorlatok lefolyásáról az általa megbízott szakemberek útján tudomással birjon és azok megtartását ellenőrizhesse, a mint az Európa jóformán valamennyi államában történik.

Ennek egyik módja az, hogy az akadémiai fok elnyerésével járó doktori szigorlat az orvosi gyakorlatra feljogosító államvizsgálatoktól elválasztatik, mint az Németországban történik, hol az orvosi államvizsgálatok a doktori szigorlatoktól és az egyetemektől teljesen elkülönítve, az állam által kinevezett elnökök és vizsgálók által tartatnak meg. Ezen megoldás tervezetük nálunk a jogi szigorlatoknál és alkalmazásban van a bölcsészeti karon, hol a doktorátusnak semminemű minősítő hatálya nincs, a tanárképzés külön állami vizsgáló-bizottságok hatáskörébe lévén utalva. De kérésztől-vihető ez az elv az egyetemnek kötelekben is oly módon, hogy a kormány képviselőiben a szigorlatok ellenőrzésével egy-egy szakférfiú bizatik meg az illetékes kormányzati ágak alkalmazottjai, vagy az a célra külön megbízandó egyetemi tanárok köréből.

A javaslat ezen utolsó módozatot, mely ő cs. és apost. királyi felségének 1892. évi augusztus hó 9-dikén kelt legfelsőbb elhatározásával a gyógyszerészeti szigorlatokra nézve már elrendeltetett s mely Ausztriában is el van fogadva, ajánlja, minthogy az állam felügyeleti joga így is biztosítható s a mellett az egyetemnek eddigi hatáskörét alapjában nem érinti.

Lényegében hasonló eljárás követetik a műegyetemi szigorlatoknál, a melyeken a tanárok mellett a műszaki gyakorlat vagy szolgálat terén kiváló szakférfiak közül is neveztetnek ki a kormány által vizsgálatók.

Látható tehát, hogy a minősítő vizsgálatoknál a felső oktatás valamennyi ágazatában közvetlenül érvényesül a kormány felügyeleti joga. Nem kifogásolható ennél fogva annak hazai és külföldi példák alapján az orvosi vizsgálatokra való kiterjesztése sem.

Végül felemlítendő, hogy a vizsgadíjak 32 frt 50 krral, a felavatás díja pedig 16 frttal lesz állítatott.

Törvényjavaslat az állami gyermekmenhelyekről.

Széll Kálmán miniszterelnök, mint belügyminister f. hó 1-én a törvényhozáshoz a következő törvényjavaslatot terjesztette be:

1. §. A talált, valamint a hatóságilag elhagyottaknak nyilvánított hét éven aluli gyermekek védelmére Budapest székesfővárosban és az ország különböző vidékén állami gyermekmenhelyek (lelenczintézetek) állítatnak fel.

A vidéki állami gyermekmenhelyek a szükséghez képest fokozatosan rendszerint olyan helyeken állítatnak fel, hol bábaintézet létezik és a hol a gyermekmenhely életképes működését a helyi társadalom emberbaráti tevékenysége megfelelően biztosítja.

2. §. A budapesti állami gyermekmenhely építési és felszerelési költségeinek fedezetéül a Sándor István-féle végrendeleti hagyományból keletkezett és a belügyminister felügyelete alatt álló „szül. és lelenczházi alap” szolgál; az ennek vagyonát esetleg meghaladó költségek, valamint a vidéki állami gyermekmenhelyek építési és felszerelési költségei pedig szintén a belügyminister felügyelete alatt álló „közigazgatási fog- és tolonczházi alap” vagyonának, továbbá az „országos

betegápolási alap” 1899. évi zárszámadásai fölszégének felhasználásával fedezendők.

Az állami gyermekmenhelyek építésére és felszerelésére tényleg igénybe vett összegek az állami költségvetésben a rendkívüli kezelésnél, a „Beruházások” között külön cím alatt számolandók el és zárszámadásilag igazolandók.

3. §. Az állami gyermekmenhelyek falain belül csupán a beteg, gyenge fejlettségű, különösebb ápolást és orvosi gondozást igénylő gyermekek tartatnak; a többiek rendszerint az intézeteken kívül helyeztetnek el.

4. §. Az állami gyermekmenhelyek fentartási költségeit, valamint az ezekben és ezek közvetítésével elhelyezett gyermekek gondozási, ápolási és nevelési költségeit az 1898. évi XXI. t.-cz. 3. §. d) pontja értelmében az országos betegápolási alap fedezi.

5. §. Az állami gyermekmenhelyek állandó alkalmazottjaira nézve az állami gyógyintézetek személyzete tekintetében fennálló törvényes szabályok irányadók.

6. §. Felhatalmaztatik a belügyminister, hogy:

1. az állami gyermekmenhelyek szervezetét;
2. az ezekben, illetőleg ezek közvetítésével, valamint a hasonló célú jótékony magánintézetek és egyesületek közreműködésének igénybevételével az országos betegápolási alap terhére elhelyezett gyermekek gondozásának, ápolásának, nevelésének és felügyeletének módját; végül

3. az állami és társadalmi tevékenységnek e téren szerves összeköttetésbe hozatalát rendeleti uton szabályozza és a rendeleteken idővel szükséges módosításokat foganatosíthassa.

7. §. E törvény végrehajtásával a belügyminister és a pénzügyminister bizatik meg.

Budapest, 1901. évi február hó.

Az indoklás előadván a lelenczügynek elég sovány történetét hazánkban, előadja, hogy társadalmi úton ma már közel 10,000 talált és elhagyott gyermeket ápolnak az egyesületek, különösen az Első budapesti gyermekmenhely és a Fehér-Kereszt. A költségvetésben e célra már 2,323,200 korona lévén beállítva, a belügyminister nem tartja helyesnek ekkora összeget egyesületekkel kezelteni. Távolról sem számíthat azonban e javaslat a társadalmi közreműködést mellőzni, sőt egyik célja annak fokozottabb igénybevétele és az állami működéssel való összhangba hozása. Számít a miniszter azon városok áldozatkészségére is, a hol gyermekmenhelyek fognak felállítani. Részletesen indokolja az egyes szakaszokat és a végén statisztikai táblázatokban tünteti fel a gyermekhalandóságot nálunk és a többi európai államokban, valamint a különböző intézetek által ápolásba vett gyermekeket.

A számok közül megemlítjük itt, hogy Ausztriában 1897-ben 40,397 elhagyott gyermeket ápolatott harmadfelmillió korona költséggel, Olaszországban 1896-ban 132,000 elhagyott gyermek volt köznevelésben, Franciaországban 1898-ban 124,123 elhagyott gyermeket ápoltak 27,981,000 frank költséggel. Hátrább van e tekintetben a német birodalom, a hol szorosan vett lelenczházak nincsenek, hanem a gyermekek dajkaságba vétele szabad ipar, szigorú hatósági felügyelet alatt.

IRODALOM-SEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gonorrhoeás általános fertőzés kérdése.¹

Közl.: Ráskai (Reách) Dezső dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

A mi a therapiát illeti, kiemelendő mindenekelőtt a belső szerelésnek, salicyl-készítmények és nervinák teljes eredménytelensége. Még legtöbb híve van a salolnak és újabban a salo-santalnak, Angliában az antikannia-nak (antifebrin és acetanilidból álló készítmény-készítmény, Fegabb), Franciaországban az ol. gaultheriae artifice-nek (salicyl-methyl-ester.) A kezelés főelvei a nyugalom, suspensio, korai massage, passiv mozgások, hydropathikus borogatások, de első sorban forró fürdők és még inkább forró begöngyölítések helybeli alkalmazása (forró iszap, láp, fangó, villanyos hőfürdők, Kellogg), áramló meleg, stb. Ajánlókra talált a Bier-féle passiv hyperaemia is. Elgenyedéseknél, zsugorodásoknál stb. a sebészi beavatkozás (punctio, arthrotomia).

Tekintettel az általános infectiosus jellegre és azon kedvező hatásra, melyet Aachenben a higanykezeléssel más rheumatikus alakoknál elért, Schuster³⁴ a higanybedörzsöléseket ajánlja és alkalmazta sikerrel. Paldrock³⁵ egy betegével 144 grammot kenetett be, mire az összes ízületi tünetek megszűntek. Rubinstein 1/20/00 sublimat-oldatot fecskendez a beteg ízületbe, azt azonban nem hagyja bent. Állítólag jó eredményt ért el.

De a legnagyobb fontosságú a genitális megbetegedés gyógykezelése. Az urethralis kánkó fennállása a teljes gyógyulást kizárja és örökös kiújulásnak forrása. Acut stadiumban csak enyhe öblítések, chronikusban a causalis indicatióknak megfelelő szakszerű kezelés az ízületi megbetegedések gyors javulását vonja maga után. Luzzé³⁶ egy esetben a betegnél, kinél gonorrhoea folyamán epididymitis és gonitis támadt, hónapokon át tartó ágybanfekvés, fix-kötés és általános gyógykezelés dacára az állapot nem javult. A consiliumba hívott Guépin stricturát talált, melynek kezelése és meggyógyulása után az arthritis is gyorsan gyógyult.

A myositis gonorrhoeának első példait Róna³⁷ közleménye szolgáltatta, tallérnyi egész tenyérrnyi infiltrációkkal a czomb széles pályá-

jában (a m. rectus cruris myositis). Lang a m. sternocleidomastoideus és trapezius myositisét írta le. Legújában Eichhorst³⁸ írta le a jobb csombon sokáig tartó fájdalmas beszűkülettel járó izomgyuladást. Eichhorst ezen eseteket gonorrhoeicus sclerotizáló izomgyuladásoknak nevezi. Bujvid³⁹ valódi izomtályogok létrejöttét látta catheterismus után, a melyekben a gonococust festéssel és tenyésztéssel kimutathatta. Braquehay és Selvel⁴⁰ két újabb eset kapcsán azon nézetüknek adnak kifejezést, hogy gonorrhoeás emboliáról van szó a legnagyobb munkát végző izmokban.

A gonorrhoeával kapcsolatos endocarditisek első klinikai megfigyelései majdnem kizárólag a francziáktól származnak. A kérdés megindítása Brandes érdeme, a ki Trousseau óriási tekintélyével szemben, ki a gonorrhoeás arthritis egyik jellegző tulajdonságának tartotta, hogy a szív megbetegedései által sohasem kísértetnek. Először két esetet, majd az eseteknek egész sorozatát közölte. Marty írta le az első endocard. gonorrhoeicát, mely izületi megbetegedéstől nem volt kísérve. Desnos közli az első autopsiát. (Traube 1863-ban közölt esetében az autopsia jellegzeteset nem mutatott.) Az első bakteriologiai vizsgálat Martintól⁴¹ származik, prostata-abscessusból fejlődött pyaemia esetében diplococcusokat talált, a melyeket gonococcusoknak tartott. Weichselbaum⁴² szerint a gonorrhoeás endocarditis vegyes, illetőleg másodlagos infectio terménye, a billentyűk növedékein streptococcus pyogenes tiszta culturáit kapta. A metszetekben talált ugyan intracellularis diplococcusokat, de azok Gram szerint nem színtelenedtek. Ezen leletek alapján Weichselbaum azt hiszi, hogy a gonorrhoea a streptococcus bevándorlását elősegítő tényezőként szerepel, a mennyiben a lobos urethra behatolásának útát nyit. Ugyanezen eredményre jutottak Elig, valamint His.

1893-ban Leyden⁴³ egy esetet közölt, a melynél gonorrhoea, epidiidymitis és izületi gyulladásokhoz igen magas lázaktól kísért és halálal végződött heveny aorta és mitralis szívbélhártyalob járult. A billentyűk fibrosus felrakódásában a gonococust — szerinte — kétségtelenül kimutathatta, hogy ez tenyésztés útján nem sikerült, az tekintettel a tenyésztés nehézségeire, az eset bizonyító erejéből mit sem von le. Ezen lelet beigazolása egy másik esetben is sikerült, a mennyiben az ulcerált és alvadékkal fedett billentyűn volt a gonococcus kimutatása lehetséges. (Michaelis.⁴⁴) Egymásután láttak ezután vizsgálatok napvilágot, a melyek részint a Leyden felfogása értelmében a tiszta gonorrhoeás fertőzést igazolták (Höck,⁴⁵ Neisser,⁴⁶ Sobotka,⁴⁷ Toilemmer és Macaigne, Horwitz, Bordoni-Uffreduzzi (l. c.), Councilman,⁴⁸ Finger, Ghon és Schlagenhauser⁴⁹) részint daczára a positiv gonococcus-leletnek, a secundaer, illetőleg vegyes fertőzés mellett foglalnak állást, mint Wilms,⁵⁰ Dauber és Borst,⁴⁸ ez utóbbiak esetében 20 éves fiatal embernél három hónappal a heveny gonorrhoea fellépte után endocarditis ulcerosa aortae fejlődött, mely csakhamar halálhoz vezetett. Az aorta-billentyűk növedékeinek vizsgálata úgy festési, mint morph. tulajdonságukra a gonococcusal teljesen egyező diplococcusokat mutatott, úgyszintén az ember-vérsavóra történt oltás, mely csak makroszkopikus küllemében nem egyezett a gonococcus tenyészeivel; Finger és társai esetében az oltások meddők maradtak, de szerzők a gonococcusok teljes hiányából, valamint a a gonococcus görcsövi és festési kimutatásából biztosra veszik esetükben az endocarditis gonorrhoeicus természetét, zárszavukban a gonorrhoeás endocarditis létezését kétségtelennek tartják, daczára annak, hogy culturalis kimutatása nem sikerült, de talán nem is fog sikerülni, mivel a több napi magas lázak a gonococust vitalitásában annyira gyengítik, hogy táptalajon való fogantatása nem igen várható. De erre való tekintet nélkül festési és alaki sajátosságain kívül felismerése könnyű, mivel jellemző a szövetekben való háromféle előfordulási módja, a sejten belüli elrendeződése, szövettüriükben és mindenütt, a hol terjedésének és szaporodásának semmi sem áll útjában, gomolyokban és rakásokban való összeállása, miáltal tiszta tenyészetből nyert (Klatsch) készítmény képét adják, míg szűk résekben egyes menetsorokban haladnak szabálytalanul előre.

A mi a tenyésztési nehézségek folytán a gonococcus ilyen úton való kimutathatóságának Finger és Leyden által jövedőlt valószínűségét illeti, azt először Sydney Thayer és George Blumer⁵² vélték megdönthetni. Az általuk 20 napig észlelt eset a septicaemia tünetei és képe alatt folyt le. Már in vivo sikerült a vérből a gonococust kimutatniok. A boncolásnál: acut endocarditis gonorrhoeica. Léptumor, lépinfarctus, tüdőinfarctus, tüdőgummák, subcut nephritis. A belek idült vérbősége. A valv. tricuspidalis szabad széle megvastagodva, a pulmonalis és aorta-billentyűk épek, a mitralison nagy thrombus-tömegek, a billentyűk felszíne arrodált. Ugy a billentyűkön, mint a billentyűkön levő thrombusok leukocytáiban Gram szerint színtelenedő, alakjukra, elrendeződésükre Neisser-féle diplococcusoknak teljesen megfelelő mikro-organismuszok, a melyek a tenyészetekben is azoknak bizonyultak és így a malignus endocard. gonorrhoeica culturalis bebizonyítással megnyerte többé el nem vitatható polgárjogát. Feltétlenül és minden kétséget kizárólag azonban Lenhartz-nak⁵³ (1897) sikerült először a tiszta endocarditis gonorrhoeica létezését úgy tenyésztés, mint a tenyészetnek ép hügyecskébe való beoltása útján bebizonyítani, daczára a hosszas és lázas lefolyásnak. A bakteriöl. bebizonyítás nem sikerült Zawadzky és Bregmann⁵⁴ esetében, a melyben 17 éves, egy hónap óta prostituáló leány hirtelen rosszul lesz, majd fejfájás, rázóhideg, magas lázak és heves fájdalmak a végtagokban. Hat nap múlva praesystolikus zöreje, II. pulmon. hang ékelt, jobboldali hemiplegia, hemianesthesia. Pleuritis, pericarditis, coxitis, nephritis parenchymatosa, 12 hét után exitus. A sectio a diagnosist beigazolta, endocarditis valv. bicuspid. verrucosa, embol. arteriae fossae Sylvii. A pleurában nem, de a kéthegyű billentyű növedékein kimutathatták a gonococust festésben. Michaelis,⁵⁵ Thayer fentebbi esetéhez a moszkvai congressuson hosszászólva, ismételtan han-

goztatta, hogy a culturalis kimutatás nehézségei daczára sem vonható kétségbe a tiszta endocard. gonorrhoeica, Leydennel immár (1897) 60 endocarditist vizsgált meg és a zsemleszerű, Gram szerint színtelenedő diplococust csak azon esetekben találták, a melyekben a gonorrhoeicus eredet kétségtelen volt, a mi megegyezik Steinschneider (l. c.) azon nézetével, mely szerint: ha az ellen, hogy a gonococcusnak más bakteriumtól való biztos megkülönböztetésére az egyedüli mód a tenyésztés, theoretice ugyan nem is tehető ellenvetés, practikus szempontból tekintve a kérdést, kétségtelen, hogy ha az ivarszervekből vagy ivarszervi megbetegedések kíséretében megbetegedett szervekből származó praeparatumban diplococcusokat találunk, a melyeknek tipikus kává-bab alakjuk van, csoportosan intraleucocytaer jelentkeznek, Gram szerint nem festődnek, úgy a biztossággal határolan állíthatjuk, hogy gonococcusról van szó; mindezek daczára az igazán kifogástalan endocard-esetek, szemben az izületi megbetegedésekkel, igen ritkáknak mondhatók.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Ueber den Traum. Von Dr. Sigm. Freud. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. VIII. Heft. 1901. Wiesbaden. Verlag von F. J. Bergmann.

Freud, ki utóbbi időkben különösen egyes kóros idegállapotok, mint a kényszerképzetek pszichologiai analysisei révén keltett feltűnést, e füzetben az álmot fejtegeti azzal a beható és széles gondolatjárással, mely neki sajátja. Röviden úgy jellemezhetjük e munkáját, hogy abban az álomnak pszichologiai mechanizmusa foglaltatik; Freud kideríti u. i. azokat a jellegzetes vonásokat, a melyekből minden álom összetevődik. Elemzésének módja — a melyet számtalan esetben önmagán kipróbált — abban áll, hogy egy adott, megmagyarázandó álmához eszmétársításokat fűz; kimutatja, hogy minden álomból kiindulólág kritika nélküli társítások indíthatók meg, a melyekből a gondolatoknak egy oly lánczolatához juthatunk, a melynek egyes elemei közt ismétlődnek a concret álomnak alkatelemei és a melyek szabatosan és értelmesen fűzhetők úgy egybe, hogy ez által az álom értelme világlik ki. Ha az álmot a *manifest álomtartalomnak* vesszük, úgy akkor a hozzáfűzött gondolatlánczban a *latens álomtartalom* foglaltatik Freud terminológiája szerint. Az álomnak három főfeleségét különbözteti meg: Első sorban van oly álom, a melynek értelme van és könnyen megérthető; többnyire rövid és jelentéktelen szokott lenni. Másodsorban ismerünk oly álmot, melynek tiszta értelme van ugyan, de megdöbbenőleg hat; ilyen az, ha arról álmodunk, hogy közeli kedves rokonunk pestisben halt meg, holott ily esemény sem nem indokolt, sem nem várható. Harmadsorban említendő az összefüggéstelennek, kuszának és értelmetlennek látszó álom; ez szokott a leggyakoribb lenni. Freud analitikai munkájában az álomnak több nevezetes vonását deríti ki. Ilyen pl. az álom által véghez vitt nagyfokú *tömörítés*, mialatt azt kell értenünk, hogy alig van egy eleme is az álomnak, a melyből legalább is 3—4 vagy több irányban társítási fonalak ne vezetnének; nem fordul elő egyetlen oly helyzet, a mely ne lenne legalább három vagy több benyomásból és élményből összedarabolva. Egy másik jellemzetes vonás abban nyilvánul, hogy mindaz, a mi az álomban határozottan lényegi tartalomnak tűnik fel, annak az elemzés után az álomlánczszemekben csak alárendelt szerep jut; e tényt Freud akkép írja körül, hogy az álom alatt a pszichikai intensitás egyes képzetokről átmegy olyanokra, a melyeknek itéletünk szerint ilyenmő színezésre, kiemelésre joguk nincsen. E folyamatot Freud az álombeli *eltolódásnak* nevezi. Freud az álomelemzés legfőbb eredményét a következőkben foglalja össze. Az értelmes, egyszerű álmok kívánságainak leplezetlen, közvetlen teljesedését tartalmazzák, vagyis álmunkban beteljesedettnek látjuk azt, a mi mint hő kívánság bennünket éber állapotban foglalkoztatott. A kusza, értelmetlen álmok elemzése analog irányú: az álom ismét egy kívánságot tüntet fel beteljesedettnek, de erre az értelemre csakis az elemzés útján jutunk, mert a kívánság vagy önmagában mint az öntudatra nézve idegen, elferdített eszme szerepel, avagy bensőleg függ össze más elferdített gondolatokkal. A kusza álom is tehát semmi egyéb, mint leplezett, közvetett beteljesedése valamely távolabb fekvő, idegenszerűnek feltűnő kívánságnak.

A pszichologiai finom észrevételekben gazdag értekezést, melyet egy ilyen rövid ismertetés nem meríthet ki, bővebb tanulmányozás céljából az érdeklődőknek melegen ajánljuk.

—J—

Uj könyvek. Laitinen: Über den Einfluss des Alkohols auf die Empfindlichkeit des thierischen Körpers für Infektionsstoffe. Verlag von G. Fischer in Jena. — Ewald und Posner: Deutsche Medicin im 19. Jahrhundert. Band I. Berlin, Hirschwald. — Baginsky: Die Antipyrese im Kindesalter. Berlin, Hirschwald. — Torday: Einige praktisch wichtige Missbildungen. Wiener Klinik, 1901. I. Heft. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — Petit: Eléments d'anatomie gynécologique. Paris, Carré et Naud. — Escat: Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx. Paris, Carré et Naud. — Pujade: La cure pratique de la tuberculose. Paris, Carré et Naud. — R. W. Taylor: Genito-urinary and venereal diseases. London, H. Kimpton. — L. A. Stimson: Fractures and dislocations. London, H. Kimpton. — R. Caton: The prevention of valvular disease of the heart. London, Clay and Sons. — Green: An introduction to pathology and morbid anatomy. Ninth edition. London, Henry Renshaw. — Haviland Hall and Herbert Tilley: Diseases of the nose and throat. Second edition. London, H. K. Lewis. — Drasche: Bibliothek der gesammten med. Wissenschaften 206/7., 207/8. f. (Chirurgie). Karl Prohaska. Wien, Leipzig. I f. ára 60 kr. — Bókay János tanártól: Az intubatio traumáról. Budapest, 1901. Dobrowsky és Franke.

Ára 3 kor. — *Krompecher E. dr.*: Recherches sur le traitement des animaux tuberculeux etc. (Klny.) 1900. — Erythrocytenkerne lösendes Serum. (Klny.) 1900. — Mennyiben képes az élő gümöbacillus és a magas hő által elölt gümöbacillus gümökóros megbetegedést előidézni. (Klny.) Budapest, 1900. — Der drüsenartige Oberflächenepithelkrebs. (Klny.) 1900. — Dr. *Eduard Schiff* und Dr. *L. Freund*: Welches ist das wirksame Agens in der Radiotherapie. Wien. — Das Institut für Radiotherapie in Wien. 1900. — Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie. Wien, 1899. — *Albert Hagen*: Die sexuelle Osphresologie. Die Beziehungen des Geruchsinnes und der Gerüche zur menschlichen Geschlechtsthatigkeit. Charlottenburg. 1901.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Tüdővésztes egyének egészséges nemi szerveiben tuberculosis bacillusok. *Nakarai* részint a here és mellékhere szövetében, részint ülepített herenedvben, meg az ondóhólyag tartalmában találta a csekély számú bacillusokat. Ezen még 1895-ben végzett vizsgálatokat *Kockel* a kérdés mai állásához mérten a következőkben foglalja össze: A gümös elváltozásoktól ment nemi részekben tüdővészteseknél gyakran találhatók tuberculosis bacillusok, melyek a herében és mellékherében igen gyéren, az ondóhólyag tartalmában pedig tömegesebben vannak. Lehetséges, hogy az ondóhólyagok a bacillusoknak a vérből a spermába jutásának főhelyei. Oltások bizonyítják, hogy eme gümöbacillusok virulensek. (Ziegler's Beiträge, 24. kötet.)

Nagy Pál dr.

Mesterségesen előidézett diphtheriának Behring-féle serummal kezeléséről ír *Dietrich*. Nagyobb számú kísérleteinél szerző azt tapasztalta, hogy a Löffler-féle bacillusnak a gégebe oltása által nyulaknál előidézhető betegség megelőzhető Behring-féle savóval, ha ezt néhány nappal a fertőzés előtt vagy közvetlenül a fertőzés után alkalmazzuk. Ilyenkor sem a nyálkahártya rostonyás gyuladása, sem általános mérgező tünetek nem fejlődtek ki. Fertőzés után hat órával végzett serumkezelés már nem gátolja meg a halált, de a betegség kissé elhúzódott. A praeventív oltás 11 napon túl nem mentesíti a nyulat. Az intoxicatio chronikus következményei (bénulás, marasmus) praeventív oltással sem befolyásolhatók biztosan. A kísérletek eredményeiből szerző azt következteti, hogy nyulak diphtheriájánál a Behring-féle serumnak prophylaktikus védő hatása van, de gyógyító hatása nincs. (Arb. a. d. path. Inst. Tübingen, 3. kötet, 1. füzet.)

Nagy Pál dr.

Belgyógyászat.

A typhus abdominalis gyógyításával újabban több érdekes közlemény foglalkozik. Ezek közül első sorban *Jez* és *Kluk-Kluczycki* közleményét említjük (Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 4. szám), melyben a Jez-féle antityphus extractummal 50 esetben tett kísérleteikről számolnak be. A Jez-féle szer, a mint azt előállítója már két évvel ezelőtt leírta (Wiener medicinische Wochenschrift, 1899. 8. szám), nem más, mint typhus bacillusok befeccskendezésével kezelt házinyulak szerveiből (lép, csontvelő, agy, gerinczagy, thymus) konyhasó-oldat, alkohol, glicerin, kevés carbol, valamint az oldás elősegítése céljából kevés pepsin hozzáadása mellett készített folyadék, mely sötétsárga, kissé vörhenyesbe hajló színű, alkalikus kémhatású, gyengén opaleszkáló. A szert a szájon át veszik be a betegek, még pedig az esetek súlyosságához mérten óránként vagy két óránként evőkanálnyi mennyiségben mindaddig, míg az első remissziók jelentkeznek; ettől fogva három óránként kapnak evőkanálnyi s a mikor a reggeli hőmérséklet a 38^o-ot már nem haladja túl, naponként három evőkanálnyi. Az egy betegnél szükségelt mennyiség 400—500 köbcentimetert tesz ki. Szerzők mindig csak akkor kezdték meg az antityphus extractum adagolását, a mikor a typhus diagnózis a lépmegnagyobbodás, a roseola, a diazo- és a Widal-reactio alapján egészen biztos volt. A szer adásának megkezdése után 48 óra múlva a láz már elveszti continua jellegét, intermittálósá és remittálósá lesz. Az első 24 órában változás még nem jelentkezik. A láztalan állapot már a 3. hét első napjaiban, néha a 2. hét végén bekövetkezik. A szív működés erősebb lesz, az érökés dikrot volta megszűnik, száma csökken. A lépmegnagyobbodás hosszabb ideig fennáll, a roseola szintén. Utóbbi mindig erősebben kifejlődik, úgy hogy ez a körülmény a diagnózis felállításánál kötes esetekben felhasználható. A sensorium nagyon hamar feltisztul, a subjectív állapot gyorsan jóra fordul. Az antityphus extractum egészen specifikus hatását; más betegségeknek semmiféle befolyást sem gyakorol a lázra, a szív működésére stb. Kellemetlen melléküneteket még nagy adagokban alkalmazva sem okoz.

Eichhorst tanár egy közleményében (Therapeutische Monatshefte, 1900. 10. füzet), melyben különben inkább csak a typhus-betegek diatetikus kezelésével foglalkozik, szintén megemlékezik a Jez-féle szerről, melyet eddig 12 esetben használt. Szándékosan súlyos eseteket választott, lehetőleg a betegség második hetében levőket. Valamennyi eset gyógyulással végződött. Egy esetben ugyan a láztalan állapot a szernek egy heti használata után következett csak be, a többi beteg azonban már 4—5 nap múlva láztalan volt. Csak azt sajnálja, hogy a szer kissé drága; egy-egy beteg 40—50 márká ára extractumot fogyaszt el. Most azonban, a mióta a szer készítését a berni serum- és oltó-intézet vállalta el, az antityphus extractum felével olcsóbb lett.

A typhusnak chininnel való kezeléséről *Erb* tanár ír (Die Therapie der Gegenwart, 1901. 1. füzet). Körülbelül 200 ily módon kezelt typhus-betege közül csak 1/7-ében az eseteknek nem mutatkozott eredmény;

ezek az esetek többnyire nagyon súlyosak voltak, protrahált lefolyással és szövödményekkel. Az esetek túlnyomó többségében kedvező volt az eredmény, a mennyiben a reggeli remissziók nagyobbak voltak, hosszabb ideig tartottak, az esteli maximalis hőemelkedések is mérsékeltebbek lettek és határozottan azt a benyomást kapta, hogy a chinin typhusnál nem csupán lázellenes szer, hanem magára a betegség lefolyására is kedvezően hat és annak tartamát megrövidíti. A mi az alkalmazást illeti, rendszeren a második hét közepén kezdi meg a chinin adagolását, este, a hőmérséklet maximumának elérése után (7—8 óra tájban) adván rövid időközben beveendő két adagban 1—1 1/2 gramm (nagyon ritkán 2 gramm) chinint; másnap szünetel és csak harmadnap ad ismét chinint, azután ismét szünetel s így folytatja, a míg a láz megszűnik. Egyes esetekben azonban jónak látta két egymásután következő napon is adni teljes adag chinint.

Kísérleti vizsgálatok a vesék és a glykosuria közötti viszonyról. *P. F. Richter* ama tapasztalati tényt tette vizsgálat tárgyává, hogy diabetesnél vesemegbetegedés hozzátársulása által a cukorkiválasztás csökken. E célból házinyulaknál phloridzin útján cukorkiválasztást idézett elő, majd pedig mesterséges úton nephritist is s minden esetben a cukor fellépésének időpontja lényeges késlekedést, valamint a kiválasztott cukor mennyisége is tetemes csökkenést mutatott. Ama kérdés eldöntésére, hogy hyperglykaemia mellett és a vesék bántalmazottsága esetén is csökken-e a cukorkiválasztás, mesterséges nephritis mellett diuretin segítségével hyperglykaemiát létesített s ezen esetek legtöbbjében is a cukorkiválasztás módjára, valamint mennyiségére módosítólag hatott a veselaesia. Ezen kísérletek alapján Richter felveti azon lehetőséget, hogy a mechanikai hatáson kívül ama körülmény is befolyással lehet a glykosuriára, hogy a csökkent permeabilitás folytán felhalmozódott bomlástermékek módosítólag hatnak a szénhydratanyag-cserére. (Zeitschrift f. klin. Mediz. Bd. 41.)

Kövesi Géza dr.

Sebészet.

A vena saphena Trendelenburg szerint lekötése által nyert eredményekről az alsó végtagok varixainál értekezik *Grzes*. A vena saphena lekötésénél a vér a vena iliacából nem tud visszafolyani a varixokba, a mely visszafolyás lehetséges a vena femoralis és a vena saphena billentyűinek elégtelensége folytán. A lekötés által a visszerek kitágulásának oka, a pathologikus nyomás meg lesz szüntetve. A vena saphena magnat lekötni legalkalmasabb a czomb felső harmadában nem messzire a vena cruralisba való beömlése előtt, célszerű 5—10 cm-t resecálni is belőle, miáltal a recidivákat elkerülhetjük. Szerző által észlelt esetben a műtét után a térdhajlathoz a lekötés helyéig thrombosis keletkezett, más esetben pedig a térdtől a lekötés helyéig a vena mentén érzékeny duzzadás és megvastagodás; a fájdalmak nyugalomra és hideg borogatásokra elmúltak. Tüdőembóliát és azt követő infarctust észlelték már a műtét után, egy esetben halálos kimenetellel. Szerző által közölt esetekben a műtét után a varixok mindig kisebbek lettek, bár nem tűntek el teljesen, a minek az oka az előbb fennállott gyuladása az edényfalnak. A mely esetekben egyúttal alszárfekély is fennállott, az bebőrözdött rövid idő alatt, kivéve azon fekélyeket, melyeknek széleit callosus szövet képezte és a melyek kiterjedésük miatt indicatit képeztek amputatióra. Az irodalomban közölt esetek 76%-ában tartós gyógyulás észleltetett. A műtét előtt meg kell kísérelni a végtag szoros bepólyázását, hogy meggyőződjünk, vajjon a vena saphena kizárása a vérkeringésből tényleg használ-e? A műtétet meg lehet csinálni *Schleich* szerinti infiltrációs anaesthesiával. A műtét veszélytelen, 500 esetben 1 halálesetet észlelték tüdőembolia miatt. (Beiträge zur klinischen Chirurgie, XXVIII. kötet, 2. füzet.)

Kuzmán Oszkár dr.

A hydrokele gyökeres műtete a tunica vaginalis kifordításával. Új eljárás. E czímen ismerteti *Longuet* az eddigiektől eltérő és 22 esetben fényesen bevált műtét módját, a mely röviden a következő: 3 1/2 cm. hosszú praetesticularis bőrmetszés után a daganatot incindálja, majd a metszést újabb 3 1/2 cm. hosszban folytatva tágitja a seb nyílását, a melyen keresztül a herét felfelé luxálja, a míg a segéd a scrotumot ellenkező irányba, tehát lefelé húzza, ez által a tunica vaginalis kifordítva, néhány öltés által rögzítve lesz. A belső sebszálltól újával, tompán tasakot fúr a borék kötőszövetében a septumig, ide súlyosztja kis retroversio mellett a herét. Bevarrása a sebnak néhány öltéssel, suspensoriumkötés. Csak igen nagy hydrokeleknél javalt a tun. vag. túlténgött részének kimetszése, az eljárás máskülönben teljesen azonos a leírttal. (La presse méd. 1900.)

Ráskai Dezső dr.

Húgyszervi betegségek.

A kankó által okozott izommegbetegedéseket *Sei* sokkal gyakorabban előforduló bajnak tekint, mint a milyenek addig tartották. E megbetegedéseket súlyosságuk foka szerint osztályozza és ilykép az egyszerű myalgia-tól a nagy fájdalommal járó, valóságos izomlobig többféle alakot különböztet meg.

Figyelemre méltó, hogy míg az objektív jelenségek — esetleg egy kis pirtól vagy duzzanattól eltekintve — igen csekélyek, sőt teljesen hiányozhatnak, addig a subjectív tünetek annál jelentékenyebbek és a beteg izmok minden aktív és passív működése nagy fájdalommal járhat.

E komplikatio egyébként a prognosis szempontjából kedvező, a mennyiben tartama rendszeren rövid és különösen meleg alkalmazása mellett (douche) egy-két hét után teljesen visszafejlődik. (Brit. med. Journal. 1900.)

Strausz Aladár dr.

A kankófoszlányoknak a vizeletben úszásából vagy lesüllyedéséből eddig a bántalom lefolyásának stadiumára következtettek, úgy elmélkedvén, hogy míg a könnyebb fajsúlyú nyálkacsfatok a felületen úsznak, addig a nehezebb, genyrtartalmú fonalak lesüllyednek. Ezen fel fogás megbízhatatlanságát kísérletekkel mutatja ki *W. F. Bernart*. E szerző úgy találta, hogy a fonalak úszása és süllyedése nem tisztán azok geny vagy nyálka tartalmától, hanem első sorban a vizelet koncentrációjától és az abban található alkotórészek mechanikai hatásától függ. Több üvegedényt kankós betegek vizeletével külön-külön megtöltve, azokat másfélóra hosszat állni hagyta; ezen idő alatt egyes foszlányok lesüllyedtek, mások pedig a vizeletben vagy annak felszínén úsztak. Ezután a foszlányokat egyenként göreső alatt megvizsgálta s így összetételüket megállapítva, azokat ugyanazon, de filterpapíron átszűrte vizeletbe helyezte vissza s íme a foszlányok egy néhány, csak tisztán nyálkból álló fonal kivételével, mind lesüllyedtek. Mintán pedig a szűrés folytán a vizelet fajsúlya csökkent, a jelzett változást csak ezen körülményre lehet visszavezetnünk.

E megfigyelés mindenestre arra int, hogy a mikor a foszlányok elhelyezkedéséből következtetéseket akarunk vonni, a vizeletnek fajsúlyát is kellőképp tekintetbe kell vennünk. (New-York Med. Journal. 1900.)

Strausz Aladár dr.

Bőrkórtan.

Herpes zooster-nél jó eredményt ért el *Bleuer* 1% cocainkenőccsel (lanolin + vaselin aa), melyet vékony rétegben alkalmazott a megbetegedett bőrrészletre. (Neurol. Centralblatt 1899, 22.) (Unna inkább a cocainum basicumot ajánlja. Ref.)

Póór F. dr.

Alopecia pityroides seborrhoica és praematura eseteiben *Hodara* hetenként egyszer-kétszer, összesen tízszer megborotváltatja s jól megmosatja a fejet vagy legalább a megbetegedett részeket. Eljárását kitünőnek mondja nemcsak a fentemlített bőrbajoknál, hanem a trichorrhexisnél is. (Monatshefte f. prakt. Derm. 1900. XXXI.)

Póór F. dr.

Psoriasis eseténél *Petrini* thyreoidecapsulákat alkalmazott jó eredménnyel. A beteg 543 drb. 0.1 gr.-os capsulát vett be 2–10-ig emelkedve naponként. Melléküneteket (szédülés, hányás, tachycardia, láz) *Petrini* betegénél nem észlelt. (Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir. 1900. No. 16.)

Póór F. dr.

A leukoplakia oris és a psoriasis vulgaris egymáshoz való viszonyáról értekezett *Lissauer*. 50 psoriasis esete közül 10-nél talált leukoplakiát, még pedig 2 esetben a nyelv és a szájnálkahártya volt erősen afficiálva, egy esetben a nyelv könnyű leukoplakiája és a szájzug epitheliének homályos, 4 esetben a szájzug leukoplakiája és 3 esetben a szájzug epitheliének homályosodása fordult elő. Lues egy betegnél sem volt konstatalható, de a dohányzás mindeniknél. *Lissauer* esatlakozik *Schütz* azon véleményéhez, hogy a psoriasis bizonyára praedisponál a leukoplakia kifejlődésére, habár a két megbetegedés közötti összefüggést csak indirecte fogadja el. A dohányzás szerző véleménye szerint csak lues, psoriasis vagy valamely nehéz, organikus megbetegedés fenforgása esetén okoz leukoplakiát. (Deutsche med. Wochenschr. 1899, 31.)

Póór F. dr.

Kisebb közlemények az orvossággyakorlatra.

Fersan. A bécs-hüttelsdorfi „Kaiser Franz-Josef-Reconvalescentenheim”-ben számos esetben használta *Burbaum* a fersant. Eredményeit a következőkben foglalja össze: A fersan kitünő szer oligochromaeimiánál, a mennyiben a haemoglobin-tartalom gyorsan fokozódik. Olyan esetekben, melyekben a táplálékfelvétel tetemesen csökkent vagy pedig a táplálkozás és az assimilatio nagyon kismérvű, a fersan mint tápkészítmény nagyon jó szolgálatokat tesz. (Prager medicinische Wochenschrift, 1900. 48. szám.)

Unguentum Credé phlegmasia alba dolens ellen. *Herzfeld* egy esetet ismert, melyben a fogóval befejezett és gátrepedéssel járt szülés után 20 nappal erős rázó hideg, majd magasfokú láz kísérte, ben a bal alsó végtag kétszeresére megdagadt, keménynyű és fájdalommal lett; e mellett a lochiák bűzösök voltak. A szokásos kezelés (1:3000 sublimat-öblítések, chinin belsőleg, ólomvizes, majd aluminium acetikum borogatások) sikertelennek bizonyulván, az unguentum-Credét kísértette meg, 15 grammot dörzsölve be naponként az alsó végtagba, mire gyors gyógyulás következett be. (New-York Medical Journal, 1900. december 1.)

Az influenza újból nagyobb mérvben kezdvén mutatkozni, nem időszerűtlen újlag felhívni a figyelmet a salophenre, mint a mely e betegségben úgyszólván specifikus hatása és semmiféle kellemetlen mellékünetet nem okoz. Egy gramm adagokban adandó 3–4-szer naponként. Félannyi phenacetinnel együtt adva, hatása még fokozódik. A salophent gyermekek is jól tűrik. A súlyos influenza-esetek után gyakran észlelhető nagyfokú gyengeség ellen pedig a somatose ajánlható, részint levesben, tejben, cacaoan oldva, részint somatose-bor (somatose-roborens) alakjában.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 5. szám. *Waldmann Fülöp* és *Schulhof Vilmos*: Rhinopharyngológiai tapasztalatok. *Herszky Manó*: Érdekesebb orvostudományi munkálatok az 1900. évben. *Felletár Emil*: Tej által okozott mérgezés. *Kenyeres Balázs*: A fényképezés és Röntgenezés jelentősége az igazságszolgáltatásban.

Orvosok lapja, 1901. 5. szám. *Csillag Jakab*: Az arnica okozta dermatitisről. 6. szám. *Kelen József*: A physikai gyógymódok néhány új és fontosabb vívmányáról.

Wiener medizinische Presse, 1901. 5. szám. *Ehrmann*: A külső nemi szerv gümőkóros fekélyei. *Grün* és *Braun*: A tropon használatáról. *Kassowitz*: Pótlás a phosphoros csukamájolajról szóló cikkhez.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 5. szám. *Reinprecht*: Jobboldali ovarialis cysta kiirtása baloldali lumbalmetszéssel. *Kunze*: Rohamos szülés esete. *Seeligmann*: A hátrahelyezett, terhes, incarcerationált méh kezelése. *Hofbauer*: A gátvédelem új technikája.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 5. szám. *Stolz*: A köldök-zsinórlektetés. *Sachs*: A corpora cavernosa penis úgynevezett plastikus induratioja. *Preindelsberger*: További adatok az ileus műtétéhez.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 5. szám. *Kassowitz*: Máj és lép. *Schoenfeld*: Az idült gonorrhoea viszonya az impotentiához. *Wick*: Traumatikus hysteria esete. *Bass*: A guajacetinhatás physiologiája. *Ehrenfeld*: Tüdőgümőkór kezelése igazol-beléggzéssel. *Vajda*: Urethralibromanometer.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 5. szám. *Vericorn*: Kifáradás és üdülés. *Blumberg*: Gyermekegyi láz kezelése Marmorek-féle antistreptococcus-serummal. *Mann*: Hysteriás sensorius aphasia esete gyermeknél. *Cohn*: A szem higiénije a XIX. században. *Mertens*: A húgycsőszűkületet sebészileg kezelése. *Ledermann*: Bőrbajok gyógyítása, különös tekintettel az újabb gyógyszerekre.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 4. szám. *Schaeffer*: Még egyszer a chirolról. *Schmidt*: Két technikai ajánlat a gyomor-bélsébeszet terén.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 5. szám. *Mühsam*: Fakeményesgü phlegmona (Holzphlegmone). *Schmidt*: A torok és gége leforrázása halálos kimenetellel. *Moritz*: A vörös vérséjtek basophil granulatioi. *Fokker*: Tejsavbacillusok képződése granulákból. *Strebel*: A magas feszültségű szikrafény bakteriumölő hatása. *Adler*: Mastitis adolescentium. *Silberstein*: Werlhof-kór és syphilis esete. *Mulert*: Vari-cella két súlyos esete. *Link*: Mellső vállízület helyreigazítása Riedel szerint. *Polacco*: Ichthoform és ichthyolfürdők typhus abdominalis gyógyítására. *Becker*: Ecetsav hozzáadása az eosin-methylenkék-oldathoz vérvérvizsgáló festésnél. *Froehner*: A Stock-féle acetone-resectio. *Krönig*: A varróanyag megválasztása.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1901. január. *Weygandt*: Agybontás, psychologia és „Erkenntnisstheorie”. *Ferrari*: Elmebajosok psychológiai vizsgálata. *Flatau*: Myelitis apoplectica esete. *Storch*: Megjegyzések Bielschowsky cikkéhez: „Monocularis diplopia physikalisch alap nélkül és a kanesalok látása”.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, XII. kötet, 1. füzet. *Zechmeister* és *Matzenauer*: Cystitis colli poliferans oedematosa. *Chrzelitzer*: Cystitis luetica esete. *Kollmann* és *Wissold*: Módosított Valentin-féle urethroszkóp. *König*: Adat a prostata discissiójához Bottini szerint.

Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 38. kötet, 1 és 2. füzet. *G. Brüll*: A fülpolyposok szövettanáról. *R. Bloch*: Adatok az emberi kalapács morfológiájához. *Hasslauer*: Hallásvizsgálatok a wüzburgi siket-néma intézetben. *E. P. Friedrich*: A hallószerv villamos vizsgálatának diagnostikai értéke. *J. Cohn*: Fülbántalmakból eredő meningitisről. *Hinsberg*: A hallószervbeli meningitisek diagnosztikájáról és terapiájáról.

Die Therapie der Gegenwart, 1901. 1. füzet. *Erb*: A typhus abdominalis kezelése chininnel. *Biedert*: A táplálkozásról és a táplálkozási zavarokról, gastrectasia és colitis. *C. Fränkel*: Az alkohol alkalmazásáról fertőző betegségeknek. *Schleich*: Az alszárfekélyek gyógyítása. *Winckel*: Kezelés méhrepedés azon eseteiben, melyekben a magzat teljesen vagy részben a hasüregbe jutott. *Unna*: A pemphigus vulgaris chronicus diagnosztika és kezelése.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1901. 1. füzet. *Peters*: Adat a vasa praevia casuistikájához. Az insertio velamentosa elmélete. *Schroeder*: A császármetszés kérdéséhez. *Kroenig* és *Fueh*: Összehasonlító vizsgálatok az anyai és magzati vér osmosis-nyomásáról. *Holzappel*: Megjegyzések Hübl cikkéhez a Fritsch-féle fundalis aránt-metszésről. *Hoehl*: Abnormis epithel-képződések a gyermeki méhben. *Schenk*: Adat a pseudo-intraligamentaris petefészek-daganatok tanához. *Puppel*: A méhrák kiterjedése praeformált nyirokutakban. *Hartz*: Újabb dolgozatok a mesonephrikus daganatokról.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 2. szám. *Wallenberg*: Vannak-e centrifugális pályák a látótelepből a gerincvelőhöz? *Muralt*: A szaglós szerv hemicephaliánál. *Bikeles*: A dorso-medial sacralis mező eredete. *Kienböck*: A trophikus zavarok vizsgálata tabesnél és syringomyeliánál Röntgen-fényen.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 58. kötet, 1. füzet. *Jahrmärker*: Dementia paralytica nőknél. *Freyberg*: Idült paranoia gyógyulással végződött esete. *Kellner*: Idioták fejmezei. *Ganter*: A tátozás, elmebajosokon végzett vizsgálatok alapján. *Raecke*: Adat a hysteriás homályállapot ismeretéhez. *Giessler*: Az álomállapot alap-tényei.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 55. kötet, 1. füzet. *Allgeyer*: Elváltozások az emberi izomban calomel-injectiók után. *Tschlenoff*: Primaer gümös bőrfekély a penisen. *Leven*: Mikor tekinthetjük a gonorrhoeát gyógyultnak. *Scholtz*: Megjegyzések az előző közleményhez. *Zarubin*: A scleroderma circumscripta szövettanához. *Matzenauer*: Adatok a gangraena nosocomialis ismeretéhez és aetiologiájához. *Grouven*: A pemphigus chronicus különböző változataiban.

Dermatologisches Centralblatt, 1901. január. *Behrmann*: A pruritus cutaneusról és azon kérdésről, vajjon a pruritus-esetek egy része összefüggésben áll-e a gümőkórral.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1901. 6. szám. *Hutinel*: A pericardium symphysise.

La semaine médicale, 1901. 5. szám. *Gilles de la Tourette*: Az úgynevezett „elegendő adag” módszerének alkalmazása egyes idegbajoknál (hemiparesis, Menière-féle betegség, neuralgia faciei).

Le bulletin médical, 1901. 1. szám. *Bard*: A liquor cerebrospinalis isotonicitásának meghatározása. *Malherbe* és *Bayce*: Szövődmények az orr-garat és fül részéről influenzánál. 2. szám. *Ardin-Delteil*: A kryoskopia. 3. szám. *Kuss*: A neurasthenia. 4. szám. *André*: Az alsó állkapocs necrosis-a a fogak megtartásával. *Dagron*: A törések, főleg a csonttörések spontán reductioja.

Le progrès médical, 1901. 4. szám. *Guglielminetti*: A hegységbetegség.

Bulletin général de thérapeutique, 1901. 1. füzet. *Dalché*: A chininsulfát használata méhbetegségeknél. *Frémont*: A dyspepsiák osztályozása és a gyomor chemismusa.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 5. szám. *Deneck*: A colica saturnina és gyógyítása. *Wilmart*: Adat a vénák leírásához és működéséhez.

British medical journal, 1901. február 2. *A. W. Mayo Robson*: A gyomorfekély complicatioi és kezelése. *A. E. Barker*: Idült gyomorbajok kezelése gastro-enterostomiával. *J. Ward Cousins*: Retroperitonealis cysta esete. *H. Betham Robinson*: Strangulált ezomszerv műtett esete. *A. R. Anderson*: Megjegyzések a sérvék gyökerekes műtévéhez. *Dan Mc Kenzy*: Májrák 24 éves egyénél. *T. Wardrop Griffith*: Az arteria coronaria aneurysmája. *W. Matthews*: Varicella két esete. *G. Th. Beutson*: Bőrelzáródás műtett esete. *T. R. Atkinson*: Acromegalia esete. *W. M. Abbot Anderson*: Idegen testek a végbélben. *Howard Distin*: Ideges hyperpyrexia születés után. *J. Tennant*: Gyomoradhaesiok miatt végzett hasmetszés. *J. T. Williams*: A has pseudocystája. *J. C. Mc Conaghey*: Tü a máj bal lebenyében tünetek nélkül.

The lancet, 1901. I. 5. szám. *W. Howship Dickinson*: Diabetes. *W. H. Battle*: Ezomszervék. *A. G. Nicholls*: Haemorrhagikus diathesis typhusnál. *F. J. Smith*: A typhus kezelése. *L. Falkens*: Filatow-féle foltok kanyaronál. *G. W. Davis*: Laparotomia és a peritoneum megtisztogatása gümös hashártyalob egy esetében. *F. W. Tunnicliffe* és *O. Rosenheim*: Selenium-vegyületek mint tényezők a sör által okozott mérgezésnél. *T. H. Wells*: Intraperitonealis módszer a lágyéksérv gyökerekes műtévéhez. *T. R. C. Whipple*: A főregnyújtvány primaer carcinomája. *H. Campbell*: Gyógyászati reflexiók. *A. J. Rice Ooley*: Diphtheriás hűdés esete. *A. R. Henchley*: Idegen test a karban 10^{1/2} éven át. *J. More*: Sajátságos szülészeti complicatio. *E. Owen*: Szoros kötelék okozta paralysis ischaemica. *Knyvet Gordon*: Typhus-eset: laryngealis perichondritis, tracheotomia, belátúródás, laparotomia, boncselelet. *P. L. Booth*: A medence törése a hólyag és a medencebéli edények sértésével.

The practitioner, 1901. február: Az életbiztosításra vonatkozó orvosi közleményeket tartalmaz (Coleott Fox, Th. Glover Lyon, J. J. Perkins, Jackson Clarke, J. Chisholm).

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 4. hetében (1901. január 20-dikától január 26-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalmak.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 687,729, katonai 16,220, összesen 703,959. Elszületett 453 gyermek, elhalt 316 egyén, a születések tehát 137-el múltak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 23.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 23.3, az egy éven felüli lakosságnál: 18.7, az öt éven felüli lakosságnál: 17.8. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 1, morbilli 13, scarlatina 3, variola —, cholera asiatica, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 2, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 11, apoplexia 5, eclampsia 2, szervi szívbaj 27, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 42, tuberculosis pulmonum et phthisis 52, diarrhoea et enteritis 10, gastro-enteritis —, rák és egyéb újképlet 5, ezek közül méhrák 0, morbus Brightii et nephritis 7, rachitis 3, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkat-hiba 20, atrophia et inanitis 3, marasmus senilis 21, erőszakos halálo- eset 11 ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 5, baleset 5, kétséges 0 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 1157 beteg, szaporodás e héten 438, csökkenés 428, maradt e hét végén 1167 beteg. B) Hevenyragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1901. évi január 22-étől január 28-áig terjedő 4. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 42 (49), diphtheria, croup 17 (14), hagymáz (typhus) 3 (3), kanyaró (morbilli) 132 (168), trachoma 8 (4), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza — (—), hőskurut (pertussis) 24 (37), orbáncz (erysipelas) 10 (17), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (1), ezenfelül varicella 21 (39).

⊕ A tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt márczius hó 4-dikén kezdődik. Kurzus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást nyújt Jakabházy Zsigmond dr. gyógyszer-tani adjunctus Kolozsvárt, felső-szén-utca 4. sz.

△ Okleveleiket bemutatták december hóban a tisztí főorvos-nál: Sturm József dr., Fülöp Ferencz dr., Benne Jenő dr., Schatz Róbert dr., Nagy Pál dr. és Kubis Agost dr. egyetemes orvosdoktorok és egy szülész-nő.

< Vámosy Zoltán dr. egyetemi magántanár gyógyszer-tani adjunctus előkészítő kurzust kezd a gyógyszerisméből és méregtanból tisztí-orvosi vizsgára készülők számára február 12-dikén este 1/27 órakor.

⊙ Beteges gyermekek részére. A lipiki gyermekgyógyintézet központi bizottsága pályázatot hirdet az 1901. évben budapesti jótékony egyesületek által adományozandó ingyenes és az intézeti igazgatóság által engedélyezendő kedvezményes helyekre. A kedvezményes helyekkel lakás, ápolás és felügyelet, orvosi kezelés, esetleg fürdő- és forráshasználat ingyen jár. A vértbeteg, gürvél- és angolkórban, idült légző-, gyomor- és bélhurutban, fül-, szem- és orrbántalmakban szenvedő 12 éven aluli, szegénysorsú gyermekek szülői vagy gondozói felkértek, hogy szegénységi s születési bizonyítvánnyal felszerelt ajánlatukat a lipiki gyermekgyógyintézet központi irodájához (Budapest, V., Alkotmány-utca 12) legkésőbb 1901. évi február hó végéig intézzék. Az orvosi vizsgálatot Budapesti Radó Lipót dr. főorvos (IV., Várház-körút 4) s Lipiken Breitwieser Henrik intézeti főorvos, lipiki fürdőorvos teljesíti.

— A Semmelweis-émlékre újabban adakoztak: Korányi Sándor: 20 koronát, Bartha Gábor: 10 koronát.

△ A 19. német belgyógyászati congressus április 16-ától 19-éig fog Berlinben ülésezni. Referáló előadásra a következő két tárgyat tűzték ki: I. A szívre és a vasomotorokra ható szerek. Referensek: Gottlieb (Heidelberg) és Sahli (Bern). II. A gerinczvelő lobja. Referensek: Leyden (Berlin) és Redlich (Bécs).

⊕ A 22. német balneologiai congressust márczius 7-dikétől 12-dikéig tartják meg Berlinben Liebreich tanár elnöksége mellett. A congressusra már eddig is 37 előadást jelentettek be.

— Kinevezések külföldi egyetemeken. Ewald Richard az élettan tanárává és az életani intézet igazgatójává neveztetett ki a strassburgi egyetemen. Kirchhoff Theodor-t a kiel egyetemen a psychiatria tanárává nevezték ki. Jentzer A. a genfi egyetemen a szülészeti és nőgyógyászat tanára lett. A. Robinson a londoni King's College boncztan-tanárává neveztetett ki. Boruttau H. göttingai magántanár a tanári címet kapta.

⊕ Az osztrák orvosok száma a hivatalos adatok szerint 10,576-ra rúg; ezek közül Bécsben 2443 lakik. Utána következik Prága 450, Grác 258, Lemberg 243, Triest 185 és Brünn 162 orvossal.

× Behring tanárnak és törvényes örököseinek a német császár a nemességet adományozta.

♀ Nők mint egyetemi tanársegédek. A svájci egyetemek orvosi karain ez idő szerint 4 nő tölt be tanársegédi állást, és pedig 2 elmekórtani klinikákon, 1—1 pedig szülészeti klinikán, illetve boncztani intézetben.

○ A budapesti általános poliklinika segélyét január hóban 2972 új beteg 10,825 rendeléssel vette igénybe. Laboratóriumi vizsgálat volt 84.

\\ Megjelent. Nagy képes világtörténet 85-dik és 86-dik füzet, amaz a keleti római birodalom történetét fejezi be, emebben az izlam története kezdődik. 87. és 88. füzet, mindegyik a khalifák történetéről szól. Ára egy füzetnek 60 fillér.

† Elhunyt. Fröhmond Imre dr. bányorvos, Pécs szab. kir. város tb. főorvosa f. hó 3-dikán Pécsen, 43 éves korában.

P-i A— d. Jelen számunkhoz a „Farbenfabriken, vorm Friedr. Bayer & Co. Elberfeld” czég „Hedonal” szerére vonatkozó ismertetés van csatolva.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” (Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére.) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmeden- czeiben az ásványvíz naponta négyezer megafut, **lokalis iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitűnő szálló-lak. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektus ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: Budapest, V., Zoltán-utca 10.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (II. rendes ülés 1901. január hó 19-dikén.) 96. lap. — (III. rendes ülés 1901. január hó 26-dikén.) 98. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 100. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(II. rendes ülés 1901. január 19-dikén.)

Elnök: Bókay János; jegyző: Ritoók Zsigmond.

(Vége.)

Lepra négy esete.

Basch Imre: A betegek néhány nap előtt Braziliából jöttek fő városunkba. Bemutató azt hiszi, örömdetes tényként említheti, hogy eddigél 30 év alatt tudtával összesen két lepra-betegetet lehetett Budapestén alaposan megfigyelni, mert bár hazai orvosaink ily módon csak külföldön szerezhetnek tapasztalatokat a lepra körül, Magyarországra nézve csak szerencse az, hogy lepramentes.

A két észlelt eset közül az egyik 1871-ben Korányi tanár klinikáján feküdt férfi, a ki Szerbiából került ide s innen, mint Schwimmer bőrkórtanában fel van jegyezve, Bécsbe ment, a másikat pedig, egy 46 éves nőt, bemutató boldogult volt főnöke Schwimmer tanár 1879-ben mutatta be az orvosegyesületben. Hogy nálunk oly ritkán észlelhetünk leprát, az első sorban azért van, mert Magyarországon endemice egyáltalában nem fordul elő, másodsorban pedig azért, mert távol esünk a tengerparttól s nincs még számottevő világkereskedelmünk, mert úgy látjuk, hogy oly városokban mindig lehet, ha nem épen endemice előfordul, mint inkább bevándorolt leprás betegeket észlelni. Így a bemutató is Kopenhágában, Berlinben, Boroszlóban s végre Párisban aránylag elég nagy számban látott leprásokat, kiknek csak kis része volt európai, míg nagyobb része tengerentúli országokból került oda.

A leprának idő- és térbeli elterjedésére vonatkozólag bemutató a Ziemssen-féle gyűjteményében Neissernek, a Belgioygyászat kézi könyvében pedig Schwimmernek idevágó fejezetére utal, melyben hiteles adatok részletesen tárgyalva feltalálhatók s a bemutató itt csak futólag megjegyzi, hogy Európában jelenleg csak Norvégiában, Németországban Memel vidékén, Oroszország Krim részében, Török- és Görögországban, nevezetesen Kréta szigetén, Bosznia, Hercegovina és Dalmáciában, végre Dél-Franciaországban és Spanyolországban van ekeüly számban endemiás lepra, míg az előbb említett városokban s egyéb európai kikötővárosokban, mint Hamburg, Genova, stb. inkább behurczolt leprát észlelünk. Jelenleg a lepra főfészkei China, Kelet-India, Mexiko és Braziliának Santo Paulo körüli része s ezen utóbbi helyről származik a négy bemutatott eset is, bár tekintetbe veendő az, hogy szüleik magyar születésűek.

A négy beteg szülei 16 évvel ezelőtt mint fiatal házaspár Budapestről Braziliába kivándoroltak s Santo Paulóban megtelepedtek. Ott született nekik öt fiúgyermekük, az atya később állítólag iszákos volt, ezelőtt 3 évvel kezdett betegeskedni s fél évvel ezelőtt állítólag vízi betegségben elhalt. Az anya 5 gyermekével, kiknek életkora 15, 13, 11, 9 és 5 év, teljesen vagyontalanul maradt vissza s 10 nappal ezelőtt rokonaihoz Budapestre érkezett. Az anya egy héttel ezelőtt 13 éves fiát, mivel lábain nyílt és fájdalmas sebe keletkezett, az irgalmasrend kórházában felvétette s már fél órával felvétele után a bemutató elé került a beteg, s már az arczbéli elváltozások lepra mellett szóltak. A klinikai diagnosis kétségtelenné vált, midőn az egész köztakaró megvizsgáltatott. Másnapra berendeltetett a kis fiú édesanyja s családi viszonyai felől tudakozódva, bemutató szükségesnek tartotta úgy az anyát, mint többi négy gyermekét megvizsgálni. Az anyán eddigél (azért mondom eddigél, mert az orr váladékát még nem vizsgálhattam) semmiféle tünetét a leprának nem találtam, de a gyermekek közül még hármon a betegségnek bár kezdetleges, de határozott klinikai tüneteit megtaláltam.

A kórházban levő 13 éves fiún a betegség legerősebben van kifejlődve, a mennyiben rajta úgy az erythemás, mint a tuberosus és a nervosus alak észlelhető. Az arcz mindkét pofarészre és az orr szenyves szürkés-sepiabarna, duzzadt, egyik-másik helyen lencsényi göb, tapintásra a bőr tömött s benne is egyes kívül nem látható göbök tapintathatók, az orr kis fokban ellaposodott, a szemöldökök szörzete részben hiányzik, részben megritkult, a két fülezimpa kékes-szürkés, megvastagodott.

A felső és alsó végtagok fesztő oldalain s a nates tájékán látjuk a további jellegzetes elváltozásokat: a könyök és térd bőrén vastag pikkelyréteggel fedett körülírt beszűremkedések, a kezek háti felületé sepiabarna, a bőr kissé tömöttebb, az ujjakon erősebben feszült, fényes. A czombok fesztő oldalán rózsaszínű, ujjnyomásra elszíntelenedő, de a nyomás megszűntével azonnal megpirosodó friss lepromák, melyek az erythema nodosumhoz hasonlóak, köztük kékes-vörös, szürkés-barna foltok, melyeknek megfelelően a bőr egész vastagságában beszűremkedett, tömött, végre látható körkörös vagy helyenként (egy ideg lefutásának megfelelő) sávos halvány festenyélnélküli fénylő foltok (anaesthesiás helyek). A lábak rendesnél vastagabbak, a bőr rajtuk ráncba nem szedhető, barnás-szürkés, a jobb bokán körülbelül talléri folytonosság hiány, melynek szélei meredek, mintha likasztó vassal

lennének kiütve, alapja pedig sarjnélküli és gummihoz hasonló összállású nedvvel fedett, könnyen vérző.

Lencsényi, helyenként borsónyi tömött göbök vannak a jobb alkar alsó harmadának fesztő oldalán, a nates tájékán, a czombokon és alszárazokon.

Az előbb leírt friss lepromák hyperaesthesiások, a régebbiek közül a legtöbb anaesthesiás, a festenyélnélküli, részben atrophias foltok analgesiások, úgy hogy a tűt 3 millimetryire is be lehet szúrni azon helyeken a nélkül, hogy a kis gyermek a legesekélyebb fájdalmat érezné. A száj nyákhártyája a rendesnél valamivel halaványabb, egyéb elváltozásokat nem mutat, az orr nyákhártyája vörösebb, duzzadt, a septum a jobb oldal felé kidudorodott, a bal oldalon annak megfelelően kis fokban besüppedt. Az orr pontosabb vizsgálatát különben Váli kartárs úr volt szíves végezni.

A 15 éves fiúnak épen csak a bal arczfélén van 2 fillérnyi halvány kékes-vörös folt, melyeknek megfelelően a bőr kis fokban beszűrődött. Az alkarokon és a czombon sávyszerű, anaesthesiás, vitiligoszerű elszíneződés.

Az orr nyákhártyáján, kivéve azt, hogy a rendesnél pirosabb, semmiféle látható elváltozás, váladék alig van. A 13 éves fiú orrváladékában nagy tömege a leprabacillusoknak, a 15 éves fiúéban csak elszórtan kevés leprabacillus. A 13 éves fiú ujjverében (az ujját oly helyen szúrtam meg, a hol a bőr teljesen ép, rendes volt) a fehér vérszettek egyik-másikában leprabacillus-csoport.

A 11 éves és 9 éves fiúnál csak kis terjedelmű, erythemához hasonló pikkelyező foltok a felső végtagok fesztő oldalán és a czombokon s azok szomszédságában vitiligoszerű foltok, melyek anaesthesiások.

Armauer Hansen 1871-ben fedezte fel a betegség okozóját, a leprabacillust s azóta különösen Neisser, Toulon, Wolff, Cornil és Babes, Schulze s legutóbb Sticker vizsgálta alaposan a bántalom kórokozóját és pathogenesist.

A legújabb vizsgálatok megegyeznek abban, hogy a bacillus, mely a Ziehl-Nielsen-féle festéssel nagyon könnyen festhető, vagy sejtben, vagy azon kívül szabadon található, még pedig legnagyobb mennyiségben az orrváladékban — már Koch figyelmeztetett arra mint első, hogy az orr a fertőzés kapuja — de azután úgyszólván minden szervben, sőt a vérben is. Hansen és Neisser a 70-es években a vérben még nem akadtak rá, de Gancher és Eklina, később pedig 1882-ben Majocchi és Pellizzani teljes bizonyossággal kimutatták. A vérben úgy látszik nem sikerül mindig kimutatni a bacillust, mert Sticker azt állítja, hogy 52 beteg közül csak ötnél találta meg a vérben.

Magam eddig a 4 beteg közül csak az egyiknek vizsgálhattam meg a vérért és abban bár hosszú keresés után, mégis találtam néhány fehér vérszettet, melyekben 10—18 bacillus festődött meg.

A bacillus nagyságban és festési mód tekintetében hasonlít a tuberculosis bacillusához, csak az utóbbinál valamivel testesebb és gyakran közepén, vagy egyik végén sporaszerű vastagodást mutat. A friss orrváladékban festetlenül is látható, s ekkor feltűnő az, hogy legtöbb mozdulatlan, csak néhányon látszik lassú mozgás. Mindezen észleleteimmel csak megerősíthetem Sticker kutatásainak eredményeit. Sticker számos esetben megvizsgálta a leprások vizeletét és verejét, de a legszorgosabb vizsgálatok dacára azokban soha bacillust nem tudott kimutatni. Westphal és Uhlenhuth egy orbáncz folytán Berlinben meghalt leprás férfi összes szerveit és idegrendszerét a bacillusok elterjedése tekintetében végigvizsgálták, s azt találták, hogy a bőr száraz- és Malpighi-rétegében, valamint a száj és orrnyákhártya sértetlen epithel-rétegében szorgos kutatás dacára nem tudtak leprabacillust felfedezni, de nagy tömegben találták a bacillusokat a bőr és a nyákhártya mélyebb rétegeiben, a hajszáledényekben, minden egyes szervben és az idegek megszaporodott kötőszöveti állományában.

Ezen bemutatás keretén belül további részletekre belemenni nem szándékozom, s utólag csak egy közegészségi tekintetben fontos kérdést vagyok bátor felvetni: milyen álláspontot foglaljunk el ezen baj ragályozása és annak megakadályozása tekintetében.

Az eseteket, bár a közegészségi törvényeink — minthogy nálunk a betegség nem endemiás, de általában még eddig alig észlelt betegség — directe elő nem írják, a tisztí főorvosi hivatalnak be fogom jelenteni. Az eljárásnál irányadónak tartom az utolsó évek pontos kutatásait s ezekből kiviláglik, hogy a ragályozás lehetősége még oly betegknél is, kiknek testén nyílt fekélyek nincsenek, az orrváladék útján, ha bacillusokat tartalmaz, fennáll. Szerény véleményem szerint oly betegek, kiknek testén is vannak fekélyek, okvetlenül kórházba szállítandók, illetőleg szigorúan elkülönítendőek, míg olyanok, kiknek orrváladékában találhatók bacillusok, vagy kiknél a betegség klinikai tünetei negatív bacilluslelet mellett is megvannak, ha felnőttek, a kellő intelligenciával bírnak és vagyonosak, csak annyiban ellenőrizendőek, hogy köteleztessenek arra, hogy legalább egyszer hetenként a hatósági orvosnál jelentkezzenek és arról is bizonylatot hozzanak, hogy folytonos orvosi gyógykezelés alatt vannak, valamint azt is bizonyítsák, hogy a szükséges övrendszabályokat — külön szoba, külön ág és fehérnemű, külön köpcésze, külön evő- és ivóeszközök, valamint a használt dol-

goknak fertőtlenítése és csak fertőtlenítés után való külön mosása — betartják.

Vagyontalan betegek okvetlenül kórházban tartandók és az újabb időben a tuberculosisban szenvedők részére megállapított és szigorúan betartott óvszabályok szemeltartása mellett ápolatassanak.

Zwilling Hugó: Három lepra-betegét látott: egy az Archipelagusról, egy Rivalból és egy Calcuttából jött. Ezen esetekben az orrt, torkot és géget alaposan megvizsgálta szülő és közölte is az eseteket 1888-ban a „Wiener medizinischen Wochenschrift”-ban. Ezen közleményében szülő szintén azon gyanújának adott kifejezést, hogy az infectio az orrból történik s le is írta a rhinitis leprosat, melyre jellemzők a göbök, melyek különösen az orr bejáratánál találhatók, jellemző továbbá az atrophizált nyákhártya és perforált septum: ez az oka, hogy az orr lapos lesz, a mi hozzá járul a „facies leonina” képzéséhez. Azon közleményében szülő azt is mondta, hogy az infectio a nyirk- és vér- edények útján jön létre s leginkább a szemöldök tájékán keletkeznek a leprosus csomók.

Csak azért szólalt fel, hogy jelezze, hogy az infectio ilyen módon létrejöttének kifejezést adott; hogy három esetet észlelt és leírta a rhinitis leprosat.

Váli Ernő: A bemutató szívességéből és felhívására megvizsgálta az egyik beteg orrát, azért, kinél a leprosus tünetek a testfelületen is a legszembetűnőbbek. És tényleg úgy találta, hogy az orrban kívül és belül is lényeges és jellegzetes elváltozások vannak jelen. Nevezetesen kívül már az orr formatioja is változást szenvedett; a glabellától az orrgyökig hosszas bő bőrdők képződését lehet kivenni, az orrháton a bőr sötétesen színezett s infiltrált, az alsó porcok rész egy kissé behúzódtott, míg az orrszerű felfelé emelkedik s kissé gömbszerűen végződik; az ornyílások ennek megfelelően megnyúltak. Belül a jobb orrfél lumene tetemesen szűkült, részben azért, mert az orrsövény jobbfelől erősen deviál, részben azért, mert az ornyákhártya kissé duzzadt, térszűkítést; a nyákhártya piszkos-szürkés-barnaszínű, feltűnően száraz; a septum porcok és csontos része határára, annak középső harmadában egy mogorónyi, tömött tapintatú, szemeses küllemű, szentes szürkés nyákhártyával borított terimenagyobbodás. Baloldalt a lumen valamivel tágabb, beszáradt véres-geyves váladékkal borított. Ezek eltávolítása után a septumon, a jobb orrfélben említett tumorról correspondáló helyen egy gombostűfejnyi, nem éles szélzetű folytonossághány látszik, mely nedvedzik.

Szülő azt hiszi, hogy a jobb orrfélben talált göbösség, a bal orrfélben említett perforatio, valamint az orr külsejének sajátos formatioja, mely azután az arcnak a „facies leonina” alakot adja, szintén lényegesen hozzájárul ama physicalis jelek csoportjához, a melyek segítségével a bemutató a diagnózisát helyesen állította fel.

Hutyra Ferenc: A kérdés klinikai részéhez, miután azt nem ismeri, azzal nem foglalkozott, nem szól, csak azon részéhez, hogy mi történjék a Braziliából bevándorolt családdal; e kérdés kétségkívül foglalkoztatni fogja a főváros közegészségügyi hatóságát, melynek feladata lesz, ezek sorsával foglalkozni, de tán szabad szólónak is e tekintetben véleményt nyilvánítani, mely nem igen egyezik az előadóval; bemutató azt hiszi, hogy tekintettel arra, hogy ezen betegségnek a fertőző képesség nagyon kevésbé érvényesül, hogy ismételt érintkezés, hosszabb tartamú cohabitatio szükséges, hogy a fertőzés létrejöhön, elegendő az orr- és egyéb elváltozások helybeli kezelése és a betegek szabadon járhatnak. Szülő azt hiszi, hogy ez mégis egy kissé merész dolog volna. Tény, hogy Magyarország leprától mentes, most ezen viszonyok között idejön több egyén, a kik veszedelmes betegség csiráját hordják testükben és ezen csirák nincsenek lezárva, hanem nagy mennyiségben ürülnek ki a testből. Már most lehetséges, hogy kevésbé fertőző képes a beteg, de tény, hogy a kiürülő bakteriumok között virulensek is vannak, másrészt ténynek el kell fogadni, hogy az egészséges ember az által kapja meg a betegséget, hogy a bakteriumok bejutnak a testébe.

Előadó azt tartja, hogy a helybeli kezelés elegendő; miből állhat ez: adstringentiákból, desinfectiensekből; azonban olyan bakteriumok kerülhetnek ki, melyeknek ezen kezelés nem ártott, melyek a desinfectienseknek ellentállottak, másfelől, ha ezen egyének szabadon bocsátatnak, akkor ezek szegény sorsuk miatt is a legszegényebb körökben fognak mozogni, a hol sűrűn laknak az emberek s sokat érintkeznek hasonlókorú egyékekkel, fertőzés jöhet létre, mely észrevétlenül maradhat, járványfészkek kiindulási pontját képezheti s akkor már ezt localizálni sokkal nehezebb lesz, mint most.

Tekintettel arra, hogy mindez nem zárható ki, sőt másképp nem is tudjuk felfogni a betegség terjedését, ezt véli szülő, hogy ezen egyének itt internáltassanak vagy Braziliába visszavittessenek; a költségek nem jöhetnek tekintetbe, mert Magyarország érdeke, hogy a betegség terjedésének gátat vessünk.

Havas Adolf: Helyesnek tartja ugyan, a mit Hutyra mond, de azért direct leprafertőzést eddig kimutatni nem sikerült; Kaposinál Böcsben évek óta fekszik leprás beteg, a nélkül, hogy fertőzést hozna létre; Közép-Európa tellurikus viszonyai kedvezőtlenek a lepra terjedésére.

Basch Imre: Zwillinger hozzászólásához megjegyzi, hogy újabb Sticker az orr nyákhártyáján észlelhető elváltozásokat 7 fokozatba osztja be: 1. A nyákhártyák teljesen épeknek látszanak, csak valamivel szivósabb nyákot választanak el, melyben sok a lepra-bacillus; 2. egyszerű száraz hyperaemia, kis körülírt helyen; 3. sima atrophia; 4. sekély vagy mélyebb fekélyek a porcok septum részleten; 5. kemény duzzanat a septumon, mely egy- vagy kétoldali szűkületet okoz a vestibulum narium és a meatus narium határára; ily egyoldalú szűkület van egyik

betegünkön is duzzanat folytán a jobb orrmenetben; 6. ozaena; 7. perforatio.

Hutyra tanár úrral csak annyiban ért egyet, hogy a bemutatott betegek tekintetében, minthogy teljesen szegények, okvetlenül elkülönítés és kórházi ápolás szükséges. A Braziliába való visszaszállítás által ezen esetektől megszabadulnánk, de sokkal közelebből is kaphatunk bármikor véletlen útján leprás-betegét, mert Bosznia-Hercegovinában, Konstantinápolyban és Németországban is van endemice lepra s így azt hiszi szülő, intézkedéseinkben tekintetbe kellene venni más államok intézkedéseit s azokat a tudomány jelen állásával összeegyeztetni.

Herpes zoster gangraenosus hystericus Kaposi.

Róna Sámuel: T. K. 17 éves hajadon 1899. november 15-dikén jött először szülő osztályára. 1899. júliusban tűt tört a jobb kezébe, mire az megduzzadt, majd a tű kivétele után is hólyagesák, különböző felületű és mélyebb bőrgangraenák léptek fel, eleinte a jobb kezén, majd a jobb karon. Augusztus végén gyógyulás. November 7-dikén új eruptio és ezzel jött be november 15-dikén. Ekkor a kéz régi sebhelyein részben keloidok, részben kifejezett herpes-csoportok, helyenként cutis gangraenával és azonkívül pontszerű gangraenás hámpörkök csoportokban és elszórtan minden szabály nélkül voltak láthatók. A jobb felkaron keloidok Napok múlva, már az osztályon lételekor, diffus pir, nagy hyperaesthesia a jobb karon, ennek nyomán apró vérömlenyek, majd a kézhatáris és kari keloidok savós-véres beivódása és megduzzadása. Ismét napok múlva a mellen jobboldalt, majd később a jobb czombon diffus erythema, csoportos vesiculák, bőrgangraena stb. A beteg azóta többször (vagy 15-ször) volt osztályon ismétlődő rohamokkal, mert roham roham után jött 1899. november óta a mai napig és pedig hol itt, hol ott, de legtöbbször a jobboldali végtagokon. E sérülések legnagyobb része spontán (a beteg ismételt ellenőrzése lett) külső behatás nélkül keletkeztek, csak egyes helyeken voltak vakarási tünetek, mert e laesio vizskettek. Műviileg sem a beteggel nem tudunk hasonló laesioakat előidézteni, sem mi magunk nem voltunk erre képesek. Mérsékelt hőemelkedést csak itt-ott észleltünk és pedig mindig valamely nagyobb laesio gényedése nyomán.

A még nem menstruált virgo idegrendszerének vizsgálata (végezte Korányi Sándor tnr.) a következő abnormitásokat tüntette fel. Időnként pupillaris differentia; élénk patellaris és Achilles-inreflexek. Totalis hemianaesthesia és haemianalgia baloldalt, hyperaesthesia és hyperalgia jobboldalt. Hőérzés baloldalt hiányzik, súlyérzés 3-szor, területérzés 1/2-szer kisebb baloldalt, mint a túl oldalon. A szemvizsgálat (végezte Feuer N. tnr.) most a következőket mutatta ki: Visus jobboldalt 5/5 (?), baloldalt 5/7. Accommodatio jó. Concentrikus látótérűszűkület a bal oldalon. A színek látótérje is baloldalt physiologica szűkült, a jobbon mindkettő normalis. Azonban úgy a látótérűszűkület, mint a színhatárok változóak. Háttér rendes, szemtükör mindkét szem + 20 D. hypermetropiát mutat. E mellett albuminuria, mely időnként eltűnik, továbbá különböző szervekre és képletekre localizált (csont, gége, gyomor), de muló fájdalmak, egyszer pertussisszerű rohamok, máskor eszméletlenül összerogyás stb., mindmennyi jelei a hysteris neurosisnak. A mellkasi szervek normalis viszonyokat tüntetnek fel. A vizeletben cukor nincs. A vérvizsgálat semmi abnormitást nem derített ki.

Az egész kép megfelel a Kaposi által felállított „Herpes zoster gangraenosus hystericus” kórképnek, mely azonban absolute nem zoster és ahhoz semmi köze, a többi ú. n. spontán vagy multiplex spontán vagy neurotikus és hysteriás spontán gangraenától azonban egyes sajátosságai miatt egyelőre külön választandó. Pathogenesise még felderítésre vár. A therapiát illetőleg többek között a hypnosist is alkalmaztuk minden eredménnyel nélkül.

Justus Jakab: Majdnem hajszálnyira hasonló esetet észlelt ezelőtt 5 évvel Schwimmer osztályán, azonkívül még két esetet látott; majdnem valamennyi eset közös sajátosságai tanulmányozhatók ezen eseten.

Az első esetben a 17 éves leánynál a bántalom már 4 évvel felvétele előtt kezdődött: a bal kézhatáris hirtelen megdagadt, a bőr gangraenescált, sebészi kezelés alá került, de nehezen akart begyógyulni és hatalmas keloid maradt vissza; majd egyebütt is léptek fel laesio és pedig zoster formában is a mellkason, úgy hogy akkor okadatoltak, valószínűnek tűnt fel Kaposi elnevezése. A beteg egy évig feküdt a kórházban s szülő előtt gyanusnak tűnt fel, nem mestersegesen idézte elő az elhalást; azonban egyszer elejétől végig észlelte szülő, a mint szeme láttára léptek fel: hólyagesa, eruptio, a hólyagesák összefolyása, szürkés színű, vékony pörk, mely leesett, alatta kimélyedt fekély maradt vissza, mely tipikus keloiddal gyógyult.

Egy-egy ilyen kitörés azonban abortive is lefolyhat: t. i. gangraena nem csatlakozik hozzá vagy csak teljesen felületes.

Sem az elhalás okát, sem pedig azt nem tudjuk megmagyarázni, hogy miért gyógyulnak vaskos keloiddal ilyen felületes sérülések, bár szövettani vizsgálatok is történtek ez irányban és ő maga is végzett ilyeneket.

Róna Sámuel: Kiemelte, hogy itt is észlelték abortiv folyamatot: nem fejlődött mindig gangraena, sem keloid.

Methylenkékkel meggyógyított epithelioma eset.

Nékám Lajos: Az epitheliomák az ectodermális álképletek legjobban indultatú közé tartoznak, kezelésük tehát nem imperatív jellegű és a viszonyok és a beteg kívánságai által szabhatók meg. Ugyanazért a sebészi excision kívül, mely az ideális eljárás képezi, minden autor tartálékban tart más eljárásokat is (kauter, kaparás, erysipelas toxin, maró savak, alkáliák, kalium-chloricum, osmiumsav, chromsav stb.), melyek legpopulárisabbjainak egyike az anilinfestékek használata. Ezek

közül számos van használatban (methylviola, methylenkék, picrin, fuchsin stb.) s minthogy ugyanazon szert is különböző módon és alakban használják az autorok, érthető az eredmények különbözősége, mely némelyek (Stilling, Darier, Ducastel, Bayet, Schwimmer, Nékám stb.) sikereivel szemben teljes eredménytelenségig súlyosodhat (Landouzy).

Nékám carcinomák és epitheliomák hosszú során kísérletezett s már néhány év óta a methylenkéket használja. Az esetek egy része inoperabilis ajak-, nyelv- és pofarak volt, melyeket nagyrészt Haberern tanár becsátott Nékám rendelkezésére. Noha ezek közül egyetlen egy esetben se volt gyógyulás elérhető, ki kell emelni azt a rendkívüli euphoriát, melyet a methylenkék létrehoz, a midőn az üszkös szétesést egy nap alatt megszünteti, a vérzékenységet csökkenti, a granulatiokat simítja, a normális behamosodást elősegíti, a fájdalmakat csökkenti. Egy hat hónap előtti operatio után recidivált nyelvráknál a nyelést, beszédet igen sokáig fentartotta, a nyelvet tisztán tartotta, az ulceratiót limitálta, szóval a betegben subjective a legnagyobb jótétemény benyomását keltette. Egy, ugyancsak sikertelenül operált carcinoma faciei esetben, a hol két ökölnyi tumor fedte a bal arcot, eltakarva a szemet és exulcerált közepén a csontokon keresztül a garatig comunicálva, nem sikerült ugyan az exitust meggátolni, de a beteg nem szenvedett, az eddigi förtelmes bűz, mely miatt egy gyakorlott kórházi ápolónő elájult a kezeléskor, egy csapásra eltűnt, a luxuriáló tömegek napról napra kisebbedtek, feltisztultak, szóval azt a benyomást keltették, hogy ha a beteg nem lett volna a kezelés megkezdésekor már előrehaladt marasmusban, úgy meg lett volna menthető.

A methylenkék alkalmazása részben a Löffler-féle oldat alakjában (Rp. Methyleni coerulei g. 2.0, alcohol absol. g. 18.0, kalii hydroxyd. g. 0.01, aq. destill. ad 100.0), a mi fájdalomtalan vagy Rp. Methyleni coerulei g. 5.0, Acid. acet. conc. g. 15.0, Alcohol. abs. Aq. dest. aa g. 40.0, esetleg tisztán, porban történt. Apró vattadarabot gazdagon teleítatva, kitömtek a sebeket s pl. a carcin. fac. esetben naponként 40–60 g. is felhasználott az oldatokból. Káros mellékhatást nem lehetett észlelni, noha a felszívódás megtörtént a vizelet sötét olajzöld színe mutatta.

Még sokkal nagyobb eredménnyel járt a felületes epitheliomák kezelése. Ha a beteg az operatiót visszautasította, a beteg rész naponként 2–3-szor becsateltetett, a beszáradás után pedig egyszerűen lanolinnal vonatott be. Ily módon egy idősebb főv. polgárnak alsó ajkáról 6 hónap alatt, egy előkelő idős úri asszonynak ugyancsak alsó ajkát elfoglaló, 8 év óta minden kezeléssel daczoló, egész Európát bejáró epitheliomája 1 év alatt tökéletesen nyomtalanul eltűnt. A bemutatott beteg pedig, egy 53 éves földmives, ki 5 hónap óta állott kezelésben, még nincs ugyan tökéletesen meggyógyulva, de minthogy budapesti tartózkodását félbe kell szakítania, a javulás pedig rendkívülinek mondható, érdemesnek látszott őt ilyen állapotban is bemutatni.

A beteg kevéssé intelligens földmives, kiből az előzményekre nézve csak annyit lehet kivenni, hogy 3 év előtt már ulcerosus volt az arca. Felvételtkor a jobb arczfél, a szemtől a fülkagylóig, a hajzattól a szájszögletig tenyérnyi terjedelemben ulcerosus, egyes helyeken carfiolszerűleg burjánzó, kitüremkedő, itt-ott finoman heges, pörkös, szélein pedig kanyargós, porcszerű, kemény hámburjánzással határolt. Semmi adenopathia. Alig viszkot vagy ég. Methylenkékes párákötések, borogatások, becsateltések 6 hét alatt tallérnyi, kerek fekélyre redukálódott a baj. Ebben az állapotban megállt a gyógyulás. Négyhetestationer állapot után Herculinek egy régi felszólalása alapján, melyet a Schwimmer-féle eset bemutatásakor tett, 20% kalilúggal eseteltetett a fekély. Hirtelen rosszabbodás, porcszerű infiltratio, kemény kéreg a felületén. Újra gondos, 3% methylenkékes lanolin-kenés és 20% methylenkékes borogatás; 4 hét alatt forintnyi, 2 hét múlva koronányi fekély s a most alkalmazott 1% ferrum sesquichloratum-kenésre 3 hét alatt az összes ulceratioknak felületes heggel való gyógyulása; jelenleg a tenyérnyi alképletből mindössze négy, kendermagnyi tömegecske maradt vissza, melyeket a beteg az eddigi eljárás szerint otthon fog tovább kezelni.

Makara Lajos: Csak azért szóltam fel, mert a bemutatott eset gyógyultnak van mondva, holott a széleken több beteg csomó van még. Hogy az epitheliomák edző szerekek gyógyíthatók: ismeretes, sőt sokszor spontán is nagyrészt gyógyulnak. De ha a gyógyulás ilyen edző szerrel kezeltnél megakad, annak teljes befejezése sebész úton szükséges, mert sokszor váratlan rosszabbodás következik be. Azért nem volna helyes ezen esetben sem saját kezelésére bízni a beteget, hanem szükséges a visszamaradt beteg részeket sebészileg eltávolítani, a gyógyulást befejezni.

Basch Imre: Schwimmer osztályán methylenkével szép eredményeket értek el, teljes gyógyulást azonban nem: mindig maradt vissza egy kis csomó, melyet operative kellett eltávolítani.

Nékám Lajos: A methylenkével való gyógyítás nem új, Párisban már régen alkalmazzák. A teljes gyógyulás lehetőségét illetően, methylenkével kezelt két esete teljesen gyógyult, a most bemutatott beteg már régebben van Budapesten s haza akar utazni, a még fennálló kis csomókat sebészileg el lehet távolítani, hogy a gyógyulás gyorsabb legyen, azonban jelenlegi állapota a jelentkezéskorhoz képest összehasonlíthatatlanul javult.

Kassai Jenő dr. három belkővet mutat be.

(III. rendes ülés 1901. január 26-dikán.)

Elnök: Klug Nándor; jegyző: Wenhardt János.

Parainguinalis lágyéksérve esete leánygyermeknél.

Alapy Henrik: A lágyéktáján látható, állítólag egy év előtt keletkezett tumor széles kocsányon lóg le a czombra. Beléből álló tar-

talma visszahelyezhető a hasba; az ekkor jól kitapintható sérvkapu rendkívül tág, ferde rést képez, mely a Poupart-szalag fölött azzal párhuzamosan haladva csaknem eléri a csípőtővist.

Lágyéksérveknek kell neveznünk, mivel a Poupart-szalag felett lép ki, de a lágyéksérvek megszokott kategóriáiba nem oszthatjuk be. A sérv azon curiosumok közé tartozik, melyeket hernia parainguinalisnak neveztek el, értvén e szó alatt oly sérveket, melyek körülbelül párhuzamosan futnak ugyan le a lágyékesatornával, de a közönséges lágyéksérvek sem be sem kilépési helyéhez semmi közük nincs, hanem a csatornának vagy medialis, vagy mint ez esetben laterális oldalán futnak le. Ezt a sérvkapu helyén kívül az a körülmény is bizonyítja, hogy a sérv nem foglal helyet a nagy ajakban, hanem azt meg sem közelítve, a czombra lóg, dacára annak, hogy ilyen — gyermeknél feltűnő — nagyságra nőtt.

Ilyen sérv gyógyítására más eljárás mint a radikális műtét számba sem jöhet. Ezt szándéka bemutatni végezni a sérvtömlő lepraeparállása után annak dohánycsészéjű varratával és a szabad izomszélnek a Poupart-szalaghoz való varrásával.

Kell-e orvosolni a lázat s ha igen, hogyan?

Jendrassik Ernő: Feltüntetve azon határozatlanságot, a mely e tekintetben az orvostan jelenlegi képviselői között fennáll, tagadja a láznak kedvező befolyását a betegségre s ezáltal azon érveléseket, a melyeket teleologia, állatkísérletek és más alapokon ezen irányban folyton felhoznak. Mint megállapított tényt tekinthetjük eddig azt, hogy a lázesállapítás sem nem rövidíti meg a betegség lefolyását, sem nem befolyásolja lényegesen a mortalitást, de viszont tekintetbe kell venni azt az óriási megkönnyebbülést, a melyet czélszerűen és elégséges mértékben adott antipyretikum okoz. A hideg fürdő nem czélszerű, bár egyébként sok jó tulajdonsága van. A modern hőcsökkentő szerekkel szemben tanúsított aggodalmasságnak nincsen alapja, az adagot úgy kell kiszabni, a mint az a láznak és az egyéneknek megfelel; az a kellő mennyiség, a mely a kívánt megkönnyebbítést létrehozza.

Az előadást egész terjedelmében közölni fogjuk.

Högyes Endre az elhangzott érdekes fejtegetések meghallása után azt az általános benyomást szerezte, hogy előadó az általános kör- és gyógytan ezen újabb időben ismét sokat vitatott kérdésének elemzésében túlsúlyllyal a gyakorlati szempontokat emelte ki. Elméleti szempontból kívánja a hallottakra vonatkozólag némely megjegyzéseit előterjeszteni. Kell-e lázat gyógyítani és hogyan? a kérdés minden időben igen fontos és nehezen megoldható feladata volt és marad a kör- és gyógytannak. A láz tudvaleg a legbonyolultabb körfolyamat. A szervezet valamennyi funkciójának megzavarodásából áll. Hibás a folyamat alatt az emésztés, hibás a felszívódás és vérképződés, romlott a vér és zavart a vérkeringés, meg vannak változva az el- és kiválasztások, hibás tehát az egész anyagcsere, hibás a meleg- és erőtermelés is, a mi mutatkozik a melegeháztartás, továbbá az agy-, ideg- és izomrendszerműködés zavaraiiban. Szükszerű lenne tehát a bonyolult folyamatot, habár azt még mindig sokan teszik, tisztán az emelkedett hőmérsék szempontjából tekinteni.

Az egész körfolyamatot kell tekintetbe venni felszólaló szerint akkor is, midőn azon elméleti kérdésre akarunk választ adni, hogy mi szerepe van a láznak a szervezet háztartásában? van-e annak valami haszna vagy egyenesen káros a hatása? A láz és a gyulladás czélszerű vagy czélszerűtlen volta felett Hippokratéstól kezdve a mai napig sokat elmélkedtek az egyes korszakok tudósai. Hippokrates maga és utána sokan sokáig úgy a gyuladást mint a lázat a természet czélszerű folyamatának tekintették. Később, különösen a thermometria felvirágzása idején határozottan károsnak vallották a lázat. Újabb időben a láz tünetnényekinek állatkísérletek útján való tanulmányozása folytán sokan ismét hajlanak azon felfogás felé, hogy a gyuladásban, valamint a lázfolyamatban bizonyos czélszerűség mutatkozik.

Előadó fejtegetéseiből úgy tetszett, mintha egy bizonyos árnyalata tűnt volna elő abban a kicsinylésnek ez állatkísérletek iránt, mintha ő nem tartaná azokat a czélszerűségi tan helyességének vagy helytelenségének bizonyítására elegendőknek és alkalmasoknak. Felszólaló az állatkísérleteket nem tartja kicsinylendőknek, sőt azt hiszi, hogy e bonyolult kérdésben azok hozzák meg egyszer majd a kellő világosságot.

A mai természettudományi felfogásban ugyan a czélszerűség tana el van vetve, okok és okozatok között létező összefüggést keresünk a természettünetmények magyarázatában, előadó azonban azt gondolja, hogy a bizonyos mértékű célirányosság létezésének fogalma a physiologiai és pathologiai folyamatok egyes tünetnényekinek megjelenésében ki nem zárható. A gyuladás folyamatában, pl. a gyuladást gerjesztő külső noxa behatása után támadó vérbőségben, exsudatióban, a phagocytosisban lehetetlen nem látni a célirányosságot arra, hogy e részletfolyamatok tendenciája a testbe bejutott noxa eltávolítása, az automaticus működő mechanizmus östulajdonsága az eleven szövetnek, a mely azt bizonyos mértékig a külső ártalmak behatásával szemben a status quo fentartására képesíti. Hyperaemia, könyelválasztás indul meg, ha por esik a szembe, a por onnan kimosódik, reflex köhögés távolítja el a gégebe jutott morzsát és visszaáll az előbbi állapot stb. A szervezet egyetemes háztartására szolgáló czélszerűsége az ily folyamatoknak nem tagadható.

Valamint a gyuladásban, úgy a lázban is a gyuladás és lázgerjesztő behatásokra automaticus megjelenő folyamatoknak a szervezet status quojának fentartása szempontjából bizonyos mértékű célirányossága szintén mutatkozik. Az emelkedett hőmérsék egyes fertőző bajoknál a lázokozó mikroorganizmus megsemmisítését idézi elő (malaria

plasmodium, visszatérő láz spirilliuma). Az élénkebb vérkeringés és légzés, a fokozódott kiválasztások a fertőzés mérgeinek kiküszöbölését segítik elő. Az experimentalis pathologia tapasztalataiból még számos adat volna felhozható a mellett, hogy a láz folyamatot alkotó tünet-mények egy része bizonyos fokig compensatorikus természetű és a status quo fentartásának célzatával bír.

A szervezetnek ezen a betegség gerjesztő ártalmak legyőzésére irányuló automatikus folyamatai nem elegendők mindig az ártalom eltávolítására, sőt gyakran élénk megjelenésükben ártalmasokká is válhatnak a szervezetre: de a szervezetre való hasznos tendenciát rájuk nézve teljesen tagadásba venni nem lehet. A teleologiat tehát ily irányban felfogva, a lázfolyamatra nézve felszólaló oly határozottan, mint azt az előadó — legalább a hallás benyomása szerint — tette, nem vetné el.

Előadó azon végkövetkeztetését azonban, hogy a láz tünetmennyiségének megváltoztatásához orvossággal hozzájárulunk kell — ezen theoretikus felvetések dacára — felszólaló teljesen osztja. A lázas reactio egyes jelenségei sok esetben túlhaladják a védelem szükségének határait s a nélkül talán, hogy a kívánt physiologiai cél elérének, magukban véve e túlságos megjelenésükben károsak lehetnek a szervezetre. E túlságos és káros reactio megjelenése a különböző természetű lázfolyamatokban különböző, változik az bizonyára úgy a lázokozó behatás, valamint az egyéni dispositio szerint sokféleképpen. A különböző káros lázreakciók közül a nagyon felemelkedett hőmérsék is, pl. a mellett, hogy agyidegrendszeri és keringésszerű izgalmakat okoz, a sejtek és szövetek protoplasmájában fehérje- és zsírszemesékből álló szétesést támaszthat. Ennek legyőzése tehát kétségen kívül a lázorvoslás egyik feladata. Kétséges azonban az, hogy ha a láz complicált tünetmennyiségű közűl csak az emelkedett hőmérsékletet szállítjuk le orvoslás módjainkkal, magát a kórfolyamatot egész lefolyásában befolyásolhatjuk-e? Felszólaló emlékeztet azon kísérletekre, melyeket Reich Lajos dr. tagtársunk a Pasteur-intézetben 1892-ben és 1893-ban végzett és itt az orvos-egyesületben bemutatott. Ő egy a lázkísérletekre par excellence alkalmas kísérleti betegségben, a „fix virus veszettség”-ben próbálta ki a legfontosabb lázellenes szereket (chinin, antipyrin, antifebrin, salicylsav stb.) hatását. E kísérleti betegség azért alkalmas e vizsgálatokra, mert lefolyása egészen tipikus és éveken át minden kísérleti nyúlón egészben véve mindig ugyanaz. A fix virusnak dura mater alá fecskendezése után 4—5 nap múlva kivétel nélkül mindig mutatkozik egy két-három napig tartó láz, mely még a rendszeren 8—9-dik napon bekövetkező halál előtt elmúlik és subnormalis temperaturába megyen át. Ezen a lázon jól ki lehet próbálni a lázellenes szerek hatását, jobban mint az agyszúrás vagy bakteriumok befecskendezése folytán előidézhető hyperthermiakon, melyeket nem lehet mindig ugyanazon módon előidézni és a melyek ugyanazon szabályos typicitással nem folynak le és így kísérleti összehasonlításra alkalmatlanok. Reich említett kísérleteiből kiderült, hogy az ú. n. lázellenesen ható chemiai szerek különböző adagban különböző intenzitással valamennyien leszállítják a lázas hőmérsékletet, de magát a kórfolyamatot lényegében megváltoztatni nem bírják, a fix virus veszettség azokkal ép úgy mint azok nélkül változatlanul halálban végződik, sőt a halál a nagyobb adagokkal történő erősebb hőleszállítás esetén még hamarabb bekövetkezik, a folyamat alatt azonban maguk a láz izgatottsági tünetei kétségen kívül enyhülnek. Ha e kísérletek, melyeknek lefolyásához több lázellenesen kezelt emberi lázas betegség lefolyása is gyakran hasonló módon mutatkozik (typhus abdominalis, pneumonia, phthisis), az emelkedett hőmérséklet leszállításának végeredményben hiábavalóságát látszanak is feltüntetni, más állatkísérletek mutatják, hogy bizonyos eljárásokkal a fertőző betegségeknek megjelenő szokott lázfolyamat kifejlődését meg lehet előzni, avagy a már meglevő lázat megszüntetni. A diphtheria-ellenes serum láz megelőző és láz megszüntető hatása tapasztalatilag is eléggé bevált. Itten a hatás, a hogy most mondjuk: antitoxikus hatás. A láz ezen pathogenetikai kezelésének kétségen kívül nagyobb a jövője, mint a tisztán antihermikus kezelésnek. Ennek a jövőnek is azonban gondos állatkísérletek fogják megvetni az alapját, a melyekben tetszés szerint változtathatjuk a kísérleti feltételeket sokkal inkább, mint az emberi kórfolyamatok gyógyításában lehetséges. Az egyszerű hőmérséklet leszállításának is, történjék az chemiai anyagokkal vagy physikai úton, mint tüneti és részben talán kóroktani kezelésnek megvan a maga tudományos és tapasztalati jogosultsága és bár a láz tünetmennyiségének theoretikai felfogásában azok észszerűen történésének fogalmát nem zárhatjuk ki a magyarázatban, az emelkedett hőmérséklet leszállítására meg van ma is és meg is marad ezután is az indicatio, mihelyt az a 40° C-t meghaladja, a midőn hosszabb tartás esetén a szervezet egyes szöveteit protoplasma degeneratio és azok következtében az egész szervezet háztartására káros működészavarok fenyegetik.

Korányi Frigyes: Szólok nem volt jelen Jendrassik előadásának első részénél, csak a második részét hallotta, de azokból, a miket bele-szólt előadásába és abból a mit Högyes felhozott, úgy látja szólok talán nem csalódik, hogy Jendrassik a láz jótékony hatását nem fogadta el. (Jendrassik közbeszólt: „Egyáltalában nem.”) Az előadás második részében pedig előadó az antipyreitikus szerek észszerűsége mellett szólt fel és azt is kifejtette, hogy nem egyedül és nem hatásosan a hideg víz az, a mi által antipyreitikus hatást lehet elérni, hanem a vegyi antipyreitikumok azok, a melyek előnyben részesítendők. Szólok nagy öröme szolgál, hogy előadó ugyanazon állásponton áll, a melyet szólok szóban és írásban mindenütt elfoglalt. Högyes némileg hangoztatta a láznak teleologikus észszerűségét fertőző betegségekben. Nem tagadja szólok, hogy ilyen üdvös befolyása lehet, s hogy a láznak csakugyan olyan hatást lehet képviselni vagy tulajdonítani, a mely szerint és által a fertőző betegségek üdvös lefolyása inkább biztosítva van, mint láz nélkül.

Ez az érvelés nagyjában arra alapított, hogy vannak heveny fertőző betegségek, melyek láz nélkül folynak le, s ha nem végződnek rövid idő alatt halálosan, akkor complicatioktól s utóbetegségektől eltekintve, minden gyógyítás nélkül is teljes gyógyulásban végződnek; és viszont vannak fertőző betegségek, a melyek lázzal nem járnak, pl. a syphilis, a melyek természeti folyamánuknál fogva nem gyógyulnak.

Nagyon messzire kellene mennie szólok, ha ezen véleményekkel szemben polemikára karna kifejtetni, hanem azt gondolja, teljesen elég arra mutatni, hogy ezen számítás teljesen ismeretlen quantitásokkal dolgozik. Nem ismerjük a syphilis vírusát, nem tudjuk annak fennállási feltételeit és azt sem tudjuk, hogy a láz milyen befolyást gyakorolna rá, ha volna: és így ezen érvelést nem tartja elég nyomatékosnak szólok a thesis bebizonyítására. De ha a láz még azon betegségeknél is, a melyek a heveny fertőző betegségek sorába tartoznak, tényleg a természetiek, hogy ha csak a téves folyamat az életet ki nem oltja, akkor autochthon hatás által a betegség lefolyik, helyre áll az egészség, még ezentúl is nagyon nehéz a láznak sanitarius hatását kimutatni. Erre csakugyan fontos és itt már nem ismeretlen quantitást képez a bakteritikus betegségeknek egy sora s ezek között a typhus abdominalis olyan folyamat, a melynél azt kellene felvenni, hogy a láz a betegségeknek okát t. i. a bakteriumokat befolyásolja — azonban nem befolyásolja. E mellett szól az, hogy akármilyen magas hőmérsékű a typhosus láz és akármennyire is tart, a beteg beleiben és ürülékében hatásos bakteriumok vannak és egész positivitással kimutattott, hogy a betegség tart három hétig, a recidiva tart négy hétig s azután hónapok múlva jönnek bizonyos esontbántalmak s a csont szövetében ott vannak a typhus bakteriumok élve és fertőző állapotban.

Ott a tuberculosis; elég lázas betegség, különösen a granulált tuberculosis, hetekig, hónapokig a gümöbacillusokat a láz nem bántja. Vannak hőmérsékek, a melyek mellett a bakteriumok elpusztulnak, azokat a lázas hő nem éri el, vagy csak rövid időre: a tuberculosisnál a 42°-os láz gyengíti a gümöbacillusokat, de nem öli meg. És ez áll még egész sorára a bakteriumoknak, ha ez nem hoznánk fel az ellen, a mit előadó felemlített, hogy a láz salutarius intézkedés és a betegeket hagyjuk a láz prédája gyanánt: ezt azonban általánosságban indokolni nem lehet.

Azonban ezen kérdés taglalásánál egy nemesak sikamlós, hanem veszélyes oldalt képez a lázas betegségek unificatioja. Szólok is azt tartja a mit Högyes mondott, hogy az egyik lázas betegségről s a láznak itt való jelentőségéről más lázas betegségre következtetni nem lehet. Ezt a principiumot akarja szólok megvédeni látni és a lázat mint olyat „noli me tangere”-nek nem tekinteni, hanem megkülönböztetni, mikor van szükség és mikor észszerű a lázra hatni. És tán szabad e tekintetben Högyes kiemelésére reflectálni, hogy a láz nem áll egyedül hőemelkedésből, mert ez tényleg így van: de van egy fajta láz, melynél a többi tünetmennyek annyira háttérbe szorulnak, hogy alig jönnek figyelembe. Ez az aseptikus láz, 40—42°-os és a beteg nem érzi magát betegnek, nem is tudja, hogy lázas és a functioi nem szenvednek.

Az a felfogása, melyet szólok vallott megint szóban és írásban és a melylyel Claude Bernard kísérleteihez csatlakozott, hogy a parenchymás elváltozások, melyek a szervezetben végbemennek, magas láz által létrehozhatók, de ezek különböznek a fertőzés által létrehozott változásoktól. A torlódások okozta elváltozások nem zsíros elváltozások, ha a fertőző betegségek hatása alatt egyedül a hőmérséklet felemelkedése által okozott degeneratio. Mert a degeneratio létrejötte ninesen hőmérsékemagassághoz kötve, néha aránylag alacsony hőmérséklet mellett intensivebb degeneratio jönnek létre, mint máskor ugyanazon betegségnél magasabb hőmérséklet mellett.

A fertőző betegségeknek, melyek hevenyek és lázasak, nemesak abban áll a hatásuk, hogy bizonyos specifikus megbetegedést hoznak létre, hanem hogy ezek egy specifikus immunitást hoznak létre és az egyén bizonyos heveny fertőző lázas betegségek után mentve van egy hasonló infectiótól. Már most azt mutatja a gyakorlat, hogy ez a hőmérséklet fokához nincs kötve: hogy 40° vagy 37°-kal állotta-e a ki a skarlatinát a beteg, az az immunitásra nincs befolyással. Vannak, a kik ezt nem tartják, de szólok ezt tapasztalta: akármelyik fertőző betegséget veszi is, ilyen különbséget nem vett észre. Ez megint meghatározható quantitás s nem függ a hőmérséklet fokától. Azok az elváltozások, a melyek fertőző betegségeknek láz kíséretében előállnak, sokban különböznek azon változásoktól, a melyek az aseptikus lázzal járnak együtt: az aseptikus láznak kimagasló tünete a hőmérsékemelkedés, a többi alárendelt. A pulsusemelkedés, a légzések száma és a resorptio emelkedik; a fertőző láznak atóniáját a szívnek, véredényeknek, a parenchymában levő elváltozásokat, a hőmérséklet elváltozásaihoz megmagyarázni nem lehet.

Szólok álláspontja tehát az, hogy a lázat sanitarius berendezésnek nem fogadhatja el addig, míg az említett adatok ismert quantitásokkal meg nem czáfoltatnak. Szólok ezeket együttjáró dolgoknak tekinti. Hogy a lázzal járó magas oxydatio nemesak a beteganyagot, hanem a toxinokat is oxydálja, elismeri szólok, de meg kell különböztetni, hogy a látható haszon feléri-e azt a hatást, a melyet a lázcomplexus okoz: és ha gyógyít úgy hivatásból, akkor egy doctrinás felfogás irányadó nem lehet. A lázat nem tekintjük ugyan „noli me tangere”-nek, de nem is olyan, a melyen a magunk virtuozitását produkáljuk.

Lenyomhatjuk antipyreitikumokkal a lázat, de sokszor szükség-telen ez, máskor károsat teszünk vele; nemesak a hőmérséklet leszállítását, hanem az antipyreitikumok mellékes hatásait is figyelembe vesszük: a gyógyszeres betegségeket, bőrkütségeket, bél- és gyomorbetegségeket, vesebajokat szükség nélkül kockáztatni nines elegendőképpen indokolva. A gyógygyakorlat erre tanítja az orvost, határozott számokkal nem dolgozhatunk. A tapasztalás, a mások tapasztalásának ismerése adják

meg a vezérfonalat. A mi már most a gyógyszereket illeti, teljesen egyetért szülő előadóval, hogy a vegyi antipyreitikumok hatása előbbre való. A hideg fürdőkben csak olyan hőcsökkentő hatást ismer, a mely tonizáló hatást fejt ki. Ritkán használja szülő, mert a vegyi antipyreitikumokat becsüli, másodsor azért, mert a vízhasználat háromszor-négyszer egy nap sok technikai és más nehézségekbe ütközik még a klinikán is, annál inkább a magángyakorlatban, de azért szülő használja.

A mi a vegyi antipyreitikumokat illeti, vannak gyakorló orvosok, a kik ezek elvetésével a vízgyógyeljárásokat tartják használandóknak s ezt azzal támogatják, hogy a víz nemcsak a hőmérséklet szállítja le, mint a vegyi antipyreitikumok, hanem az idegéletet is serkenti stb. Furesának találja szülő ezen felfogást, mert a vegyi antipyreitikumoknak egész sor más hatását használjuk fel. Így pl. a chinint a váltóláz ellen, hemikrania ellen antipyrint adunk, rheuma ellen salicyl-készítményeket, nem a hőmérsék csökkentésére, hanem a specifikus betegség leküzdésére. De látott antipyreitikus hatás mellett euphoriát is fellépni. Szóval az antipyreitikumoknak nemcsak hőcsökkentő, hanem egyéb hatásuk is van.

A mi a gyógyulási százalékot illeti, azt szülő már rég az olvasó közönség elé állította klinikai adatok alapján és abból kiderül, hogy statisztikája nem rosszabb, mint azoké, a kik a vegyi szereket elvetik és a hydrotherapiát követik.

Itt az eclecticismus jogosult. Vannak esetek, mikor a hydrotherapia igazi vívmány, de nem czélszerűtlen a vegyi eljárás sem.

A mi a szerek adagját illeti, arra nézve azt kell mondani a szülőnek, ő dicsékedhetik azzal és hivatkozhatik hosszú sorára az orvosoknak, a kik évtizedeken át a klinikáján működtek, hogy káros hatást az antipyreitikus szerektől egy eset kivételével alig látott. Ez az eset pedig akkor volt, mikor használni kezdték a salicyl készítményeket. A 15-ik esetben nagyobb adag nélkül collabált a beteg, de nem halt meg. És a mikor a szert vizsgálták, kiderült, hogy carbolsavval volt fertőzve, mely valószínűleg a gyártásnál került bele.

Mikor ezt elmondja, igyekszik az adagot pontosan megállapítani s collapsust nem látott még soha.

Olyan adagot, mint a mekkorát előadó alkalmaz, nem mer szülő adni s most sem merne, de nagyon lekötve érezné magát, ha előadó, ki 20 gramm antipyrint ad, szíves lenne öt meghívni. Szülő apostola lesz előadónak, biztosan megfigyelendő, hogy milyen a hatás olyan esetben, a mikor gyenge vesével van dolgunk vagy mikor parenchymás degeneratio lehet jelen.

Deutsch László: A felvetett kérdés tisztázásához oly adatokkal óhajtok hozzájárulni, a melyeket a kísérleti bakteriologia nyújtott. Micsém könnyebb ugyanis, mint rövid lefolyású fertőző betegségek kísérleti állatainkon való létrehozása és tisztán tetszésintől függ, vajjon a betegség gyógyulással vagy halállal végződik. Ilyen experimentális fertőzés pl. a tengerimalacok hasúri typhus vagy coli fertőzése. Ha e csirákra nézve ismerjük a minime letális adagot, akkor tetszésünk szerint irányíthatjuk előre a prognosist. Fertőzzünk pl. két állatot, még pedig az elsőt a kétszeres halálos adaggal, a másodikat a halálos adag felével és mérjük meg óránként az állatok hőfokát. Azt tapasztaljuk, hogy az első óra letelével a hőfok itt is, ott is emelkedőben van, a második óra végén eléri mindkettőnél a 40^o-ot, míg azonban a könnyebben fertőzött állat hőfoka órákon át lázas, addig a halálosan fertőzött állat hőfoka fokozatosan leszáll, 5-6 óra múlva a különbség a két állat között 3-4^o lehet. A kísérletet megismételhetjük és mindig tapasztaljuk, hogy mindig hosszabb lázat mutató állat az, a mely megmarad, közelebből, hogy a tartósabb hőemelkedés mindig kifejezett helybeli, sejtes reactioval, intensív phagocytosisal jár és mint ilyen, jelzi a prognosist kedvező voltát.

E kísérletből tehát azt lehetne talán következtetni, hogy a hőemelkedés valamelyes fontos tényezője a szervezet védekezésének. Előkövetkeztetés, mint azonnal látni fogjuk, téves. Vegyük csak újra elő előbb megmenekült állatunkat és oltjuk be pl. 10 nap múlva ugyanazon bakteriumnak azon adagával. Mit tapasztalunk most? Azt, hogy a hőemelkedés elmarad vagy minimális. E tíz nap alatt ugyanis az állat immunissá lett, szervezetében védőanyagok halmozódtak fel s ilyen immunis állat nem reagál ugyanarra az adagra lázzal. A láz kimarad, de e mellett a localis reactio, a gyógyító phagocytosis rendkívül intenzitással s teljességgel megy végbe. Ime a disharmonia a lázmenet és a gyógyulás között.

A láznak tehát a betegség leküzdésében szerepet nem tulajdoníthatunk. Gondolhatunk ezután arra, hogy vajjon a hőemelkedés nem játszik e szerepet az ellenanyagok termelésében, illetőleg a szervezet immunitásában. Felületes vizsgálódással e kérdésre igenlőleg felelhetnénk. Ismeretes ugyanis a diphtheria-serum termelő laboratoriumokból, hogy ha valamely állat serumának antitoxin tartalmát emelni akarjuk, akkor az állat testébe az utolsó adagot jóval felülmúló toxinnemmiséget kell bevennünk.

Csakis az a toxinnemmiség ingerli az állat testét erőlyesebb antitoxin termelésre, a mely lázzal járó erős megbetegedést, röviden lázas reactiót váltott ki.

Ezzel az észlelettel szemben azonban más adatok arra vallanak, hogy a hőemelkedésnek az immun anyagok termelésére nincsen semmiféle befolyása. E tétel igazolására csak rá kell mutatnunk néhány lázas betegségre, mely immunitást nem hagy maga után: ilyen betegség az erysipelas, a melyre nézve (Neufeld) kimutatták, hogy súlyos, több napi állandó lázzal járó esetei a nélkül gyógyulnak, hogy a szervezetben ellenanyagok képződnek.

A lázas hőemelkedésnek ezek szerint sem a fertőző betegségek lefolyására, sem pedig az immunitás fejlődésére kimutatható hatása

nincsen. A magunk részéről a lázat ezen kísérleti adatok nyomán az igen tisztelt előadó úrral teljesen egyetértve, csakis reactios jelnek tekinthetjük, a mely arra mutat, hogy a szervezet sejtjei a felszívódott lázgerjesztő anyagokkal szemben reactióképesek. Az antipyresis tehát jogos, de csakis oly mértékben, a milyenben a szervezet reactióképes-ségére káros befolyással nincsen.

Zimmermann Károly felhívja a figyelmet a malignus inoperabilis tumorok Coley által inaugurált toxintherapiájára, a melylyel az I. seb. klinikán most kísérleteznek. A streptococcus erysip. és bac. prodigios. kevert toxinjai a szervezetbe fecskendezve lázat idéznek elő. Coley malignus inoperab. tumor több mint száz esetében kezelt így s esetei 40%-ában lényeges javulást ért el. Szerinte az eljárás csak akkor bir gyógyértékkel, ha a láz, a melyet a befecskendezés provocál, 38^o-on túl emelkedik; ha Coley ezen adatai megbízhatók, ebből a láz gyógyító hatására következtethetnénk.

Jendrassik Ernő. Örömmel hallgatta a felszólalásokat, a melyek sok tekintetben támogatják felfogását. *Zimmermann* felemlített oly kísérleteket, a melyek még nem befejezettek, de a melyek még ha valóban is bizonyulnának, nem tennék kétségtelenné a láz szerepét, mert a befecskendett toxinoknak egyéb hatásuk is van. Högyes fejtegetéseivel általánosságban egyet ért, de újra kiemelni kívánja azt, hogy ha lehet is bizonyos reflexmozgásokban czélszerűséget találni, sőt egyes egyéb reactiókat a szervezetre védelemnek tekinteni: ez teljességgel nem illik a lázra. Sok észlelet és kísérlet, egyebek közt azok is, a melyeket *Deutsch László* hozott fel, hatalmasan bizonyítják ezt. *Kordányi Frigyes* a mértéktartást hangsúlyozta, ezt előadó is tette, szerinte annyit kell adni, a mennyi az adott esetben szükséges, de a betegnek szükséges, nem az orvosi mortalitási statisztikának; vegyünk példát a sebésekről, a kik oly mélyen vágunk, a mint azt a beteg érdeke megkívánja és hibáztatnók őket, ha nem úgy cselekednének.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Kísérletes adatok a vas gyógyító hatásához czímmel *F. Müller* a berlini „Verein für innere Medicin” deczember 3-diki ülésén előadást tartott. A vas gyógyító hatásának kísérletes alapja még nem egészen biztos. Tudjuk, hogy szervesetlen vaskészítmények a bélben felszívódnak és a szervek vastartalmát fokozzák. Azt is tudjuk, hogy a vas a vér regeneratiojánál szerepet játszik. A felszívódás módjával azonban még nem vagyunk tisztában és nem tudjuk, vajjon a vastartalom fokozódása esetén képződik-e haemoglobin. Egyes adatok (*Bunge és Jaeger*) ugyan e mellett szólhatnak, másrészt azonban ellene szól az a körülmény, hogy régi vérmennyek sohasem használtaknak fel haemoglobinképzésre. Előadó tehát kísérleteket végzett annak a kimutatására, hogy vas adagolására a haemoglobin mennyisége szaporodik. Kísérletei tényleg kimutatták, hogy a vas a haemoglobinképződésnél szerepet játszik. Kiemeli még előadó, hogy a csontok a haemoglobin összes mennyiségének 10%-át szolgáltatják; ezt a körülményt az eddigi észlelők elhanyagolták. További kísérletek a vasszívódás módjának felderítése czéljából végeztek. Két mód lehetséges: a véredek és a nyirokedények útján. Ez utóbbi esetben kimutathatónak kellene lennie a vasnak a ductus thoracicusban. Minthogy pedig ebben nem mutatható ki, a vér útján való felszívódást kell elfogadni. Végül előadó azt is vizsgálat tárgyává tette, vajjon szervesetlen vaskészítmények adására a vérképző szervekben mutatkoznak-e histologiai elváltozások. Köztudomás szerint a vastartalmú vörös vérszövetek képezik a magnélküli vörös vérszöveteknek, magtartalmú vörös vérszöveteknek nagyobb számban előfordulása tehát valamelyes izgató hatás bizonyítékául szolgálhat. Vas adagolására a vérben magában ugyan nem találta megszorodottaknak a magtartalmú vörös vérszöveteket, a csontvelőben azonban igen, úgy hogy határozottan szólhatunk a vas okozta izgató hatásról a vérképződésre.

Oesophagus-repedés egy esetéről számoltak be *Bowler és Turner* a londoni „Royal medical and surgical society” egyik utóbbi ülésén. A 62 éves nőnél ismétlődő hányás után súlyos collapsus állott be erős fájdalmakkal az epigastrium tájékán. Ezenkívül nyeléskor is nagyon erős fájások jelentkeztek. A collapsus és a fájások beálltával a hányás megszűnt. Később a nyakon bőremphysema keletkezett, mely utóbb az arcra is elterjedt és néhány óra múlva a beteg meghalt. Boncoláskor az oesophagus hosszanti repedését találták közvetlenül a diaphragma fölött; izzadmány a bal pleuraüregben és a mediastinumban, baloldali pneumothorax. Az oesophagus repedésének esetei előadók szerint nem is nagyon ritkák; boncoláskor azonban sokszor elkerüli a figyelmet, illetve postmortalis ellágyulással cseréltetik föl. A gyógyítás szempontjából tekintetbe jöhetne a műtéti beavatkozás: a hátsó mediastinum megnyitása, a megrepedt hely felkeresése és összevarrása, végül a hátsó mediastinum drainézése.

Sokszoros izületi testek a könyökizületben. *Hilgenreiner* a „Verein deutscher Aerzte in Prag” november 23-dikán tartott ülésén egy 24 éves beteget mutatott be, a ki 12 év előtt jobb könyökére esett, mely idő óta könyöke fájdalmas, néha megdagad. Az utóbbi években a könyökizület hajlítása és feszítése meglehetősen korlátozott lett, azonfelül néha munkaközben hirtelen nagyon erős fájások jelentkeznek a könyökizület teljes mozgathatlanságától kísérve. Minthogy a Röntgen-kép többszörös izületi testek jelenlétét mutatta, műtetre határozták el magukat. Dorsalis harántmetszés után az olecranon temporaer resectióját végezték és ily módon szabad betekintést nyertek az izületbe, melyből különböző helyeken illő, többnyire szabad 12 izülettestet

távolítottak el. A lefolyás teljesen sima volt, három hét múlva azonban egy epileptikus roham alkalmával leszakadt az olecranon a varrás helyén. Ujlagos ezüst sodronyvarrat alkalmazása után teljes gyógyulás következett be. A functionális eredmény kitűnő, beteg karját kifogástalanul feszíti, a hajlítás is csaknem teljesen kivihető; a fájdalmak teljesen megszűntek.

PÁLYÁZATOK.

A magyar általános közszénbánya részvénytársulat tatavideki bányáinak felső-Galla bányatelepen (Komárommegye), egy bánya-árvorosi állás rendezésért. Ezen állással évi 2400 korona kezdőfizetés, szabad lakás, fűtés és világítás van egybekötve. Pályázhatnak csakis oly okleveles orvosdoktorok, kik a sebészeten való speciális képzettségüket (kórház-, sebészeti gyakorlat, esetleg műtői képzés) igazolni tudják.

Pályázatok február hó 18-dikáig alulírt társasághoz intézendők.

Magyar általános közszénbánya részvénytársulat tatavideki bányaművei társaságára.
3-3 Ranzinger Vincze.

402/T. 901. sz.

A lemondás folytán megüresedett sáta körorvosi állásra, melynek keretében Sata, Nekézseny, Omány, Csokva, Lénárd-Daróc, Királdt, Mercse, Uppony és Bóta közsegek tartoznak, ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása 1600 korona kispénz, mely Borsodmegye házi pénztárából fizetetik és a szabályzatilag megállapított látogatási díjak.

A választás 1901. évi március hó 5-dikén d. e. 9 órakor fog Sata közsegházánál megjelteni.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb március hó 2-dikáig d. u. 6 óráig benyújtsák. A később érkezők figyelembe vételét nem fogom.

Óz d, 1901. január hó 26-dikán.

3-2 Zsörgy György, főszolgabíró.

599/1901.

A Berzova, Odvos, Konop, Monorostia, Kapruza, Dumbrovicza, Gross, Battueza és Gavosdia községekből alakított XII. sz. közegészségügyi körben Löw Mihály dr., berzovai körorvosnak borosbeszi járási orvosá lett előléptetése folytán üresedésbe jött és a körbeli közsegek által évi 1400 kor. rendes fizetés és 400 kor. úti átalánnyal javadalmazott berzovai körorvosi állás a vármegye alispánjának f. hó 5-dikén 173. sz. a. kelt rendelete szerint választás útján betöltendő lévén, annak megejtésére határnapul f. évi február 26-dik napjának d. e. 10 óráját a berzovai körjegyzői irodába kitűzöm és pályázni kívánókat törvényszerűleg felszerelendő kérvényeiknek legkésőbb a választást előző napon leendő benyújtására ezennel felhívom.

M-R a d n a, 1901. január 30-dikán.

2-1

Csukay, főszolgabíró.

Üresedésben levő egyéb állomások:

Lejárat február 14.

Körorvosi állomás. Rozsnyó (13 közseg). 200 k. lakbér és 800 k. f. Czim: Nagy főszolgabíró, Rozsnyó.

Lejárat február 15.

1. Alorvosi állás. Budapest. Bródy Adél-gyermekkorház 800 k. f. Czim: A pesti izraelita hitközség előljárósa.

2. Temetkező egyleti orvosi állás. Vecsés. 900 k. átalány. Czim: Kranczinger Mihály egyleti pénztárnok.

Lejárat február 16.

Községi orvos. Kun-Ágota. 1200 k. f. és 200 k. lakbér. Czim: Kövér Béla főszolgabíró, Mező-Kovácskőháza.

Lejárat február.

Körorvos. Sipet. Temes. 1440 k. f. 200 k. lakbér. Czim: Győri főszolgabíró, Csákóva.

HIRDETÉSEK.

Dr. Rosenberg-féle

HYPOPHOSPHIT-TABLETTÁK

(Tabulettae Hypophosphit sec. Dr. Rosenberg.)

A kalium, natrium, calcium, ohinin, vas, mangan és strychnin alphosphoravas sóit (az ismeretes Fellow-szörp hatóanyagait) pontosan adagolva tartalmazó olyképen, hogy egy tablettá megfelel egy kávéskanálnyi szörpnek. A tabletták a gyomorban könnyen oldódnak; ezekkel vannak bevonva és ezáltal fedve van a keserű íz, mely a szörp bevitelét a betegnek kellemetlenné teszi. — **Indicatiók:** Neurasthenia, Hysteria, Anaemia, Chlorosis és ezek következményei.

E tablettákat kiváló szakorvosok klinikákon, kórházakban, valamint magán-gyakorlatukban kitűnő eredménnyel rendelik.

Egy üvege (40 tablettá = 1 üveg Fellow-szörp) ára 2 K 40 fil.

Fő- és szétküldési raktár:

Dr. ROSENBERG SÁNDOR Csillag-gyógytára, Budapest, Kerepesi-út 43.

Próbaküldemény kísérletezés céljából ingyen.

A tabletták csakis orvosi rendelésre adatkak ki.

Tinctura Ferri Athenstaedt

(Ferrum. oxydat. sacch. verum.)

eredeti csomagolásban 1/4 és 1/2 kilós üvegekben 1 k. 60 f. és 3 k.

Legkellemesebb ízű, igen könnyen emészthető, a fogakra teljesen ártalmatlan, 0.2 % vastartalmú készítmény. Tartalmazza a vasat az először Athenstaedt által készített, tiszta, könnyen oldható, alkalimenes vas-saccharat alakjában.

Próbaküldeményekkel és prospektusokkal, a legelső orvosi tekintélyek ajánlataival, u. m. Dr. R. Fresenius, wiesbadeni egyetemi tanár és udvari tanácsos vegyi vizsgálatával ingyen szívesen szolgál a főraktár:

Dr. Rosenberg Sándor Csillag-gyógyszertára Budapest, VIII., Kerepesi-út 43.

MARIENBAD világíró gyógyhely (Csehország)

Forrás-széküldési
Iroda Marienbad
(Csehország)
Raktár: minden
gyógytárgy, ásvány-
viz- és drogu-
kereskedésben.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, a legerősebb glaubersóvízek Európában (5 gr. glaubersó 1 literben). Javallatok: Általános elzsírosodás, a máj és szív elzsírosodása, obstipatio, plethora.

Ambrosiusbrunn, legerősebb tiszta vasas savanyúforrás Európában (0.177 gr. vasbicarbonat 1 literben). Javallatok: Anaemia, chlorosis.

Rudolfsquelle, feltűnő nagy szénsav-, mész- és magnésiumtartalom. Javallatok: A vizeleti szervek idült catarrhusai, vesekövek, diabetes, arthritis.

SEBÉSZETI OSZTÁLY

Budapest, VII., Stefánia-út 55.

Vezetők: Dr. ROTTMANN E. s Dr. UNGAR D. operateurok.

Minden igényeknek megfelelőleg berendezett mintahelyiségek. — Mérsékelt árak. — Gondos ápolás. — Állandó orvosi felügyelet. — Műtét és gyógykezelés bármely tetszés szerinti specialista által. — Telefon.

Vegyi, górosóvészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrassy-út 50 (Oktogon-tér).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAJ GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górosó és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (u. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudátum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górosó és bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13-15. szám.

Dr. Brehmer Tüdőbeteg-Gyógyintézete Görbersdorf Sziléziában.

Téli és nyári kurák ugyanolyan sikerrel.

Főorvos: Dr. Petri, titkos tanácsos, dr. Brehmer volt segédje.

Prospectusokat díjmentesen küld a gondnokság.

Dr. Falta sanatoriuma Szegeden.

Laudon-utca és Mars-tér sarkán.

Szem- és fülgyógyintézet külön trachoma-osztálylyal, az intézettulajdonos vezetése alatt. Önálló sebészeti osztály dr. Regdon Károly operateur, a szegedi kir. ker. börtönkórház orvosának vezetése alatt. Bármely bajban szenvedő betegek felvételnek és bármely orvos által kezelhetők. Intézeti orvos lakása a sanatoriumban. Folytonos orvosi felügyelet, gondos ápolás. Külön- és társas-betegszobák. Mérsékelt árak. Telefon 293. Kívánatra prospectus.

Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet

ideg-, kedély-, morhium- stb. betegek részére

INZERSDORF Bécs mellett.

Orvosi vezetőség: Professor REDLICH és Dr. E. FRIES.

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamáj-olaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitűnő hatása: **táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus és scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál.** — Készítője:**ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész, Budapest, V., Nagykorona-utca 23. sz.**

Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.

: AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLÍTÁSON KITÜNTETÉST NYERT :

Legjobb hatású

ANTILUETICUS GYÓGYMÓD**PILULAE CINEREAEE KERPEL**mely kényelem, ár és hatás tekintetében fölfülmulja az összes eddigi szereket, mint azt helybeli, valamint vidéki kórházakban tett kísérletezések igazolják. — Egy 60 labdacsozt tartalmazó doboz (teljes cura) 90 kr. 1 labdacsozt tartalmaz 0.05 gyengébb 0.025 cgrm. szinhiány. Napi adag előbbiből 2 labdacsoz; utóbbiból 4 labdacsoz. — **Próbadoboz** kísérletezésül ingyen. Egyedüli szétküldési raktár:**Fehér sas-gyógytár, Budapest, V., Lipót-körút 28.**

Csakis orvosi receptre adatik ki.

Nagy mérvben
vértképző
erősítőés
tápláló-
szerTartalmaz
21%természetes
fehérnyét

Ára: kor.

320

frt

160

**PURO
HUSNEDV****PURO gyógyszer-vegyészeti intézet.****Dr. SCHOLL H. Thalkirchen-München.**

Képviselet Ausztria és Magyarország részére:

GRÖTZINGER KÁROLY, Wien, II/2 Schüttelstrasse 17.**Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rhein.**

Pharmaceutikai készítmények osztálya.

Hetol és Hetokresol a gümőkór gyógykezelésére dr. Landerer tanár szerint. **Hetol-befecskendések**, 1, 2 és 5%, sterilizálva, határtalan ideig eltarthatók.**Orexin-Tannat** Legjobb stomachicum, teljesen íztelen, biztos hatással étvágyhiány, hyperemesia gravidarum és chloroform-narcosis utáni hányás ellen. **Orexin-tablettek és -csokoládé-tablettek** a 0.25 gr.**Dormiol** Biztos altató szer 0.5—3.0 gr. adagokban. Hatása a chloralhydrattal egyenlő ennek hátrányai nélkül. Mellékhatásai nincsenek. **Dormiol-capsulák** a 0.5 gr.**Jodol** Legjobb jodoform-pótlék, szagtalan és nem mérgező. Mindennemű syphilitikus betegség ellen, sőt kiváló hatással (0.4—2.0 pro die) mint a jodkalium pótléka belsőleg is alkalmazható.**Menthol-Jodol** Különösen alkalmas befúvásokra a rhinolaryngologikus praxisban.

—> Irodalom ingyen és bérmentve. <—

Dionin

kitűnő pót szere: a codeinnak és morphiinnak.

Largin

magas-százalékú ezüstfehérnyevegyület különösen a gonorrhoea és a szembántalmak kezelésében.

Jodipin

a jodkaliák bevált pót szere. különösen harmadlagos bujakóránál és görvélykóránál, továbbá asthmánál és emphysemánál.

Diphtheria-ellenes gyógyserum

Irodalom ingyen és bérmentve.

* államilag felülvizsgálva, 500- és 1000-szeres normal-egység.

* Irodalom ingyen és bérmentve.

Stypticin

bevált méhbeli haemostaticum.

Tannoform

kitűnő adstringens és antidiarrhoeum.

Bromipin

új csillapító szer, különösen ajánlható ideges állapotok és epilepsia ellen.

E. Merckvegyi
gyára,**Darmstadt**

A szülészeti haladása a XIX. században.

ELŐADÁS.

melyet a Közkórházi Orvostársulat 1900. évi december hó 27-dikén tartott VII. évváró közgyűlésén tartott

TEMESVÁRY REZSŐ dr.

Tisztelt Uraim!

A midőn azon hozzám intézett rendkívül megtisztelő felszólításnak, hogy ezen nagytekintélyű Egyesület ez idei közgyűlésén az ünnepi előadást tartsam, engedni oly szerénytelen voltam, tettem azt azon meggyőződésben, hogy ritkán felelt meg a választott előadási tárgy annyira az előadás helyének, idejének s hallgatósági körének, mint a mai, a midőn a Közkórházi Orvostársulatnak a XIX. században tartott utolsó ülésén, a XX. század küszöbén visszapillantani óhajtok az orvosi tudomány egy nagy és fontos ágának, a szülészeti haladására az utolsó saeculumban s a midőn azon szerencsés helyzetben vagyok, hogy ezt oly helyen tehetem, a hol éppen egy fél-század előtt működött az, a kinek ezen haladás legnagyobb része köszönhető.

Mert, t. uraim, néhány hó hiján éppen 50 éve annak, hogy ezen a helyen, a szt. Rókus-kórház sebész osztályán kezdte meg évszázadokra, örök időkre kiható munkálkodását a hazai földön az, a kinek megadatott, hogy a világ egyik legnagyobb jótevőjévé, hazánknak és székes fővárosunknak örök időkre egyik legnagyobb büszkeségévé, leghíresebb fiává legyen.

1850-ben került ugyanis vissza nagy *Semmelweis*¹ hazájába és szülővárosába, hogy innen vigye ki országgá és világgá azon rövid néhány évvel előbb tett epochális felfedezését, a mely hivatva lett millió és millió nőnek, anyának a szülés helytelen vezetésétől veszélyeztetett életét megmenteni s így millió és millió családot az azt érhető legnagyobb csapástól, a családjánya elvesztésétől megóvni.

¹ *Semmelweis* Ignác Fülöp 1818—1865.

A midőn *Semmelweis*ünk örökbecsű nagy felfedezése után, nem babérokkal megrakottan, hanem félreismerve, számosaktól kigúnyolva, közvetlen főnökétől megtagadva, tért vissza szülőföldjére, itt találta meg azt a működési teret, a melyre oly szüksége volt, hogy felfedezésének tanait, a melyeket ő maga mindig oly fontosaknak és megdönthetetleneknek hitt és tartott, a milyeneknek most már, mondhatni az egész művelt orvosi és nem orvosi világ elismeri, a gyakorlati életben érvényt szerezzen; itt találta meg azt a baráti kört, a mely őt támogatta, buzdította, további küzdelemre serkentette, irodalmi működésre ösztönözte, itt kapott megfelelő állást, előbb mint a Rókus-kórház szülőosztályának főorvosa, majd 1855-ben, mint az egyetemi szülészeti klinika vezetője, az egyetem nyilvános rendes tanára; itt ismerték fel mindjárt az ő szellemi nagyságát, tetterejét, genialitását, ideális gondolkozását, humanus érzését s itt czáfolhatta meg azon régi mondást is, hogy nemo propheta in patria sua, mert ő már életében a hazájában is, sőt akkor talán csakis itt ismertetett el azon profétának, a kinek most már mindenütt elismerik.

Itt írta meg örök időkre klasszikus munkáját, sajnos csak német nyelven a gyermekágyi láz aetiologiájáról, lényegéről és prophylaxisáról, a melynek ismerete nélkül ma nem lehet meg senki, a ki a szülészeti haladásával, e század legnagyobb vívmányával, az antisepsissel foglalkozik.

Nagyon messze vezetne, ha *Semmelweis* érdemeire, tanainak jelentőségére kiterjeszkedni akarnék; tettekezt nálamnál hivatottabbak úgy nálunk (*Fleischer*, *Bruck*, *Elischer*), mint a külföldön (*Hegar*, *Zweifel*, *Hueppe*, *Grosse*) s teszik azt nap nap után most is,

mert nem jelen meg most már szülészeti tankönyv sehol az egész művelt világon, a melyben *Semmelweis* tanairól a maguk érdeme szerint meg ne emlékez. nének s nagy hazánkfia babérkoszorúját egy újabb levéllel meg ne toldanák.

A Rókus-kórházban való működéséről *Fleischer Semmelweis* felett tartott emlékbeszédében a következő szavakkal emlékszik meg: »A pesti Rókus-kórház szülészeti osztályán a gyermekágyasok gyakori megbetegedését abban találta (*Semmelweis*), hogy a szülészeti osztály csak függeléke volt a sebészi osztálynak, a melynek főnöke¹ egyszersmind törvényszéki boncnok volt, s a bonczolások (prosector nem létében) az osztály segédorvosai által végeztettek. A kórházi beteglátogatások a szülőosztályon a sebészi után következtek s így a működő orvosok, miután kezeiket a sebészi osztályon felbomlott szerves anyagokkal bemocskolták, tették a szülészeti vizsgálatokat. 1851-ben *Semmelweis* lett a Rókus-kórház szülészeti osztályának főnöke; 6 évi működése alatt 933 szülés történt; ezek közül gyermekágyi lázban 8 halt meg.«

Életrajzának egyéb adataira, az általa megállapított fertőzési tan mibenlétére, valamint az antisepsis történetére *Semmelweis* fellépése óta az elem szabott idő rövidsége s a tárgy nagy terjedelme miatt nem terjeszkedhetem ki s csak *Kézmárcskey* szavaival mondhatom, hogy »*Semmelweis* tanainak alapigazságai manapság szilárd épület alakjában állanak megdönthetetlenül előttünk«.

A műtevő orvosi tudományok terén s így a szülészetén is nagy haladást jelentett a XIX. század egy másik nagyfontosságú felfedezése is s ez az érzéstelenítés. Bár már a régi népeknél és különösen a középkorban is ismertek bizonyos szereket, a melyek álmhozó vagy érzéstelenítő hatásúak voltak, de cél tudatosan és rendszeresen csak e században kezdték a betegeket és szülőnőket elaltatni, a mi által sikerült a betegeknek és hozzátartozóiknak a műtétektől s az addig szinte hóhérszámba vett műtevőktől való borzadalmat és iszonyatot jelentékenyen enyhíteni.

Miután *Liston* 1840-ben, *Jackson*² 1841-ben és *Bosch* (Brüsselen) 1842-ben az aetherrel sikeres kísérleteket tettek, ezt 1846-ban *Morton*³ bostoni fogorvos, ugyancsak *Jackson* ajánlatára először alkalmazta belégzésre foghúzásnál s teljes anaesthesiát ért el minden káros hatás nélkül. *Warren*⁴ az első sebészi műtetet végezte aethernarkosisban. A párisi Monthyon-díjban *Jackson* és *Morton* osztozkodtak; előbbi később megörült, utóbbi viszontagságos élet után 1868-ban nagy nyomorban halt meg. A prioritást igénylő *Horace*

*Wells*¹ pedig, a ki már előbb végzett foghúzásokat kéjgáznarkosisban, a feletti bosszúságában, hogy *Jackson* elvette előle a felfedezés dicsőségét, 1848-ban búskomorságban öngyilkossá lett.

A nagyfontosságú felfedezés híre csakhamar befutotta az egész tudományos világot; Amerika után Anglia, Franciaország és Németország (*Dieffenbach*) következtek s már a következő (1847.) év január 27-dikén végezte a bécsi *Schuh* tanár az első sebészi műtetet aether-narkosisban, miután ezen szer hatásáról és ártalmatlanságáról a két nappal előbb (január 25-dikén) bold. *Markusovszky* hazánkfián experimenti causa végzett narkosisnál meggyőződött (*Albert*). *Markusovszky* volt tehát az első, a kit Ausztria-Magyarországon narkotizáltak.

*Hammer*² 1847-ben alkalmazta először szülőnőn az aethert.

Az aether azonban nem elégítette ki teljesen az igényeket, különösen azért nem, mert hosszú excitációs stadiummal jár s ezért nagy örömmel fogadták *Simpson*³ edinburghi tanár felfedezését, a ki a *Flourens* által állatokon már előbb alkalmazott chloroformban megfelelőbb altatószert talált, a melyet 1847-ben nemcsak sebészi műtéteknél, hanem mindjárt szüléseknél is alkalmazott.

Simpsonnak hosszú ideig kellett a leghevesebb szóharcokat vívni, a míg a szülőnők chloroformozását keresztül vihette, illetőleg általánossá tette. Ellenfelei háromféle érvekkel küzdöttek ellene: orvosiakkal, a mennyiben azt állították, hogy a szülőnőknek a szülés szerencsés véghezvitele céljából szükségük van a fájdalomkra s hogy a narcoticum a magzatot megölheti; erkölcsiekkal, a mennyiben attól féltek, hogy a szülés fájdalomtalanúsága folytán több leány fogja magát elcsábíttatni s végül vallási érvekkel, idézve az Ó-Testamentum azon helyét, a hol Isten az asszonyhoz így szól: »Megsokasítom terhességed fájdalmát, fájdalmakkal fogsz szülni gyermekeket«. Ezért különösen a papok Isten parancsa ellen irányulónak, istentelen cselekedetnek mondták a szülőnők elaltatását.

Simpson az orvosi ellenvetéseket tényekkel czáfolta meg, a melyek bizonyították, hogy a chloroform a mellett, hogy mint olyan ártalmatlan, magát a szülést is kedvezően befolyásolja, a mennyiben azzal, hogy a méhösszehúzódások tőle nem gyengülnek, hanem csak rendesebbé válnak, a szülés is rendesebb lefolyású és rövidebb tartamú lesz. Az erkölcsi érveket csak logikai ellenérvekkel czáfolhatta meg. A vallási érveket elég szellemesen a Szentírás egy másik mondásával döntötte meg, a mely szerint az Ur Isten maga végezte az első narkosist

¹ Dr. Purjesz Ignác Szt. Rókus-kórházi főorvos szíves értesítése szerint a sebészi osztály akkori főorvosa dr. Kovács-Sebestyén Endre volt.

² Charles P. Jackson 1805—1880.

³ William Thomas Green Morton 1819—1868.

⁴ John Collins Warren 1818—1856.

¹ Horace Wells 1815—1848.

² Adam Hammer, St. Louis 1818—1878.

³ Sir James Young Simpson. 1811—1870.

Ádám, a midőn »mély álmot bocsátott az emberre, hogy elaludt; ekkor kivett egyet bordáiból és húst zárt helyébe«. Éva ezen születése is tehát »narkosisban« történt. *Simpson* ezen okoskodásánál azonban úgy látszik egyről megfélekedett, hogy t. i. ezen első narkosis még a bűnbeesés előtt történt, míg a fájdalmas szülésre való elítélés csak az almaevés után következett.

A fájdalmak nélkül való szülés oly csábító volt, hogy csakhamar általánossá lett a szülőknek chloroform utáni vágya, különösen Angliában és Franciaországban, úgy hogy az orvosok azt derűre-borúra, minden rendes szülésnél is alkalmazták, mint *Simpson* mondja, »több buzgalommal mint discretióval«.

Ellenfeleit különben csak 1853. április havában hallgattatta el teljesen, a midőn a jelenleg is uralkodó Viktoria angol királynőhöz hivatott a szülésnél való elaltatás végett. (A szülésnél való elaltatást azóta »chloroformisation à la reine«-nek is nevezik.) Nem találtam megemlítve, vajjon ezen szülés (Lipót herczeg születése) rendes vagy rendellenes lefolyású volt-e?

A rendes szülésnél való elaltatás, különösen Franciaországban, Angliában és Amerikában terjedt el; a szülések e célra többnyire a chloroformot használták. (A sebészek az aethert részesítették előnyben.) Némely szülést (pl. *Campbell*) különösen a narkotizálás tett keresetté.

A kéjgáz, a melynek érzéstelenítő hatásáról *Davy* tesz először említést 1800-ban s a mely jelenleg is a fogászatban még általános elterjedésnek örvend, a szülészetben csak egy ideig alkalmaztatott, a 80-as években (*Werth, Zweifel*), de mert csak rövid ideig tartó hatású s alkalmazása nagyobb, drága s csak nehezebben szállítható és kezelhető készüléket igényel, csakhamar elhagyatott.

A morphiumot, a mely gyógyszereinknek egyik legkiválóbbja s a melyet csak e század kezdete (1805) óta ismernek, szintén csak az 50-es évek óta alkalmazzák fájdalomcsillapítónak. A bőr alá való fecskendést is ezen század vívmányai közé számíthatjuk. *Pravaz*¹ lyoni sebész fecskendezett be először vaschloridoldatot aneurysmák zsákba 1853-ban, *Wood* 1855-ben morphiumot és opiumoldatot alkalmazott így először, majd *Bell* (1857) és *Hunter* (1859) más narcoticumokat is, de csak *Scholz*-nak sikerült 1866-ban az eljárást általánossá tenni.

A szülést érdeklő kisebb műtéteknél, mint: gátvarrás, emlőtályog, vulvaris tályogok, inkább a helyi érzéstelenítés alkalmaztatik. *Arnott* e célból a hideget alkalmazta először 1849-ben, *Richardson*² az aethersprayt 1866-ban.

¹ Charles Gabriel *Pravaz* 1781—1855.

² Benjamin Ward *Richardson* 1828—1896.

A 80-as években a cocaint kezdték alkalmazni különösen a szemészetben, gégeészetben, valamint minden egyéb nyálkahártya megbetegedés ellen végzett műtétnél. Majd bőr alá való fecskendések alakjában is alkalmazták ezen kitűnő érzéstelenítő szert s pedig a szülészetben különösen gátvarrásnál (nálunk *Schultz* Henrik ajánlotta); belsőleg is a terhések ú. n. csillapíthatatlan hányásánál néha jó eredményt adták.

Az aethylchloridot is alkalmazták helyi érzéstelenítő célokra.

Legújabbán a *Schleich*-tól 1894-ben először ajánlott ú. n. infiltrációs érzéstelenítés kezd mindinkább elterjedni az említett kisebb szülészeti, valamint nőgyógyászati műtéteknél is. Nálunk *Elischer* és *Korda* (*Mann* intézetéből) meleg szószólói.

Ezen két nagy felfedezés, az antisepsis, illetőleg a sepsis és az érzéstelenítés azok az oszlopok, a melyeken most az egész szülészeti tevékenység nyugszik s a melyeknek azon óriási haladás köszönhető, a melyet a szülészet a XIX. században tett s még folyton tesz.

Lehetőleg veszélytelenné és fájdalomatlanná tenni mindennemű beavatkozásunkat, nemcsak a szülők érdekében van, hanem az orvosokéban is, a kik ily segítő eszközök mellett sok oly műtetre vállalkoznak s joggal vállalkozhatnak is, a melyek a szülőnőre vagy a magzatra vagy mindkettőre életmentő hatásúak s a melyekre azelőtt gondolni sem lehetett, vagy ha azokat végezték is, úgy esetleg a legnagyobb veszélynek tették ki úgy az anyát mint a magzatot, de mindenesetre az anyát.

De a szülészetnek (szülőmesterségnek, szülési segítségnek) tudvalevőleg két célja van; az egyik, arról gondoskodni, hogy a szülés (beleértve a terhességet és gyermekágyat) mint physiologiai folyamat, ilyen is maradjon s a lehető legcsekélyebb kárt okozzon anyában, magzatban; a másik cél, hogy a szülés rendellenességei esetén ezeken úgy javítsunk, ezeket úgy gyógyítsuk, hogy az anya és gyermek élete megtartassék, egészségük megóvassék. A midőn mindkét lény megvédése lehetetlenség, ott természetesen, ez ma az általánosan elfogadott álláspont (s érthetetlen, hogy ez nem mindig volt így!) az anya élete és egészsége óvandó meg első sorban.

Mielőtt a szülészet terén tett egyéb haladásról a XIX. században szólnék, szabadjon előbb a szülészet történetéről a XVIII. század végeig röviden megemlékezni.

A szülészet kétségtelenül oly régi, mint maga az emberiség, mert a mióta nők szülnek, voltak oly egyének is, eleinte bizonyára csak az anyák, testvérek vagy egyéb nőrokonok személyében (a bibliai első emberpárnál csakis a férj lehetett ez), a kik a szülők segítségére voltak, a mely segítség a legnagyobb valószínűséggel csak a nő támogató-

sában, biztatásában, az újszülött köldökzsinórjának átmetszésében vagy talán állatmódra csak átrágásában állott. Ezt valószínűvé teszi a még ma is élő primitív népfajoknál található szülészet niveauja.

Később azután tapasztaltabb, idősebb nők, majd pedig külön ezzel foglalkozó nők segédkeztek a szülésnél, a melyhez, ha rendellenessé vált vagy csak nagyobb erő kifejtéssel volt befejezhető, férfiak segítségét is igénybe vették. E mellett szólnak azon bő ismeretek, a melyekkel az orvosok már a régi görögöknél és rómaiaknál dicsekedhettek.

Hippokrates és iskolája, majd *Galenos*, *Soranus*, *Celsus* aránylag nagyon sokat tudtak úgy a szülészetből, a terhesség, szülés és gyermekágy tanaiból, mint a nőgyógyászatból. Ismerték a rendellenes magzatfekvéseket, a szűk medenczét, végeztek fejre-, lábrafordítást, a halott magzat eventratióját, császármetszést halott nőn stb. Mindez teljesen érthetetlen volna, ha nem vennők fel, hogy szüléseknél, legalább a rendelleneseknél, valamint nőbajoknál férfiak segítségét is igénybe vették.

Görögország és Róma hanyatlásával a többi orvostudományokkal együtt a szülészet is nemcsak nem haladt, hanem olyannyira visszaesett, hogy 1000 évvel később, a Kr. u. VII. században élt legjelesebb szülészíró *Paulus Aegineta* ismeretei sokkal, de sokkal mögötte állottak az említett görög és római tudósokénál.

Az araboknál azután ismét némi haladás észlelhető; befecskendéseket végeztek a méhbe, sajnos, többnyire abortus előidézése céljából, feltaláltak különféle eszközöket, a melyek közül egyik hasonlított a modern cranioklasthoz. Különösen *Abulcasim* talált fel sok szülészeti eszközt, melyek közül néhány még a XVIII. század végén is alkalmazásban volt (mischdach, almischdach, forma uncini, spatumilis, vertigo, impellens stb.).

Mindezen népeknél a szülészet vagy a bábaktól gyakorolt egyszerű segédkezésben vagy a sebészekről vészett műtevéseben állott.

Azután ismét körülbelül 1000 évig nem észlelhető haladás. A XVI. század végén a Hamburgban letelepedett portugál *Rodericus a Castro*¹ irt nagyobb munkát a szülészeti műtétekről, rendellenes fekvésekről, császármetszésről, a nélkül azonban, hogy maga gyakorlatilag foglalkozott volna szülésekkel, a mely foglalatosságot akkoriban az orvosokra dehonesztálónak tartottak: »haec ars viros dedecet«.

Már itt akarom megemlíteni, hogy ezen felfogás még e század elejéig is csak annyiban változott, hogy a *rendes* szülésnél való segédkezést sok szülész nem tekintette férfihoz, illetőleg orvoshoz méltó foglalko-

zásnak. Még a híres *Boër* is gúnyolódik a »sages-femmes en culotte«-ok (nadrágos bábák) felett.

Régebben a rendellenes szüléshez sem ment orvos, hanem »csak sebész« s innen van, hogy a szülészet újjáteremtése a XVI. században sebészeknek, első sorban a nagy *Paré* Ambroisenak¹ köszönhető, a ki az egészen elhagyott és már feledésbe ment lábrafordítást ismét meghonosította.

A XVI. és XVII. században Franciaország viszi a domináló szerepet a szülészetben (a haladás különösen *Paré*, *Mauriceau*, *de la Motte* és *Portal* neveihez fűződik), a min nem csodálkozhatunk, ha tekintetbe vesszük, hogy a XVII. században Franciaországban előbb a nagyvilági hölgyeknél, majd ezek üdvös utánzásában a polgári nőknél divatba jött, hogy szüléseiket férfival vezettessék, sőt hogy akkoriban sokan bábasegítést egyáltalában nem vettek igénybe.

A bábák és orvosok különben évszázadokon át vívtak kisebb-nagyobb harcokat a szülésnél való segédkezésért s különösen Párisban volt ezen harc a leghevesebb, a hol a világ legrégebb szülőintézetében, a XV. században alapított Hôtel-Dieu szülő-osztályán hosszú ideig csakis bábanövendékek tanulhattak és gyakorolhatták magukat a szülés vezetésében s csak a rendellenes szülésekhez hívták az illető kórház sebészeit, illetőleg sebészfőorvosait. Csak a XVIII. században sikerült az orvosoknak kivívniok, hogy ők is, hosszú időn át csak talárban, jelen lehessenek a szüléseknél.

S csak ezen időtől keltezhető a szülészet tudományos fejlesztése is, a melyet Franciaországban kezdetek s azután Hollandiában (*Deventer*), Svédországban, Angliában, Dániában s végül Németországban és Ausztriában folytattak.

A XVIII. század szülészeti történetében két mozzanat bir a legnagyobb fontossággal. Az egyik szülőintézetek és bábaiskolák létesítése, a másik a fogó feltalálása.

Párisban, mint említettem, már régebbi idő óta állott fenn a Hôtel-Dieu szülőosztálya, a mely 1797-ben a Maternitéba tétetett át s a melyen hosszú ideig szintén csak bábanövendékek tanulhattak. (Megfelelő szülőklinikája, a Clinique d'accouchements csak 1882 óta van Párisnak.)

Londonban 1747-ben alapították az első szülőintézetet, a Middlesex-Hospitalt, de csakis férjezett nők számára; 1749-ben a British Lying-in-Hospitalt, 1750-ben a City of London Lying-in-Hospitalt s 1752-ben a Queen Charlotte's Lying-in Hospitalt, de mindezek nem szolgálhattak tanítási céloknak; 1765-ben alapított tanítási célokra a Westminster-Hospital, a hol hajadonok is szülhettek; majd a XVIII. század

¹ *Rodericus a Castro* 1548—1627.

¹ Ambroise *Paré* 1510—1590.

vége felé magán-szülőintézetek is létesítettek hasonló célból, többek közt a híres *Denman*, továbbá *Orme*, *Lowder*, *Krohn* és *Osborne* által.

Az első német szülőintézet, bár francia területen (de német előadási nyelvvél), a strassburgi volt, a mely 1729-ben alapított; utána következett 1751-ben a göttingai, *Röderer* tanár vezetése alatt, a ki megnyitó beszédében a következő szavakkal dicsőítette a szülészeti: »Sit laus medicinae, sit chirurgiae honos, obstetriciae tamen nomen haud obscurum manet: marito dulcem reddit conjugem, proli matrem, matri laborum mercedem, universae familiae solamen.«

Ugyanazon évben nyílt meg a berlini Charité-ban egy szülőintézet bábák kiképzésére; utánuk következtek: a drezdai, jenai, müncheni (1752), hallei, würzburgi, tübingai, heidelbergi (1805) s végül 1814-ben a giesseni szülőintézet.

Ausztriában az első szülészeti oktatás a bécsi St. Marxi kórházban adatott 1748-ban; azóta a most is fennálló Krankenhausban. Prágában 1737 óta egy *Melitsch*-től alapított magán-szülőintézetben, 1789-től a klinikán történt a szülészeti kiképzés.

Nálunk Magyarországon, mint ezt különösen *Kézmárszky*-nak és *Tauffer*-nek a *Högyes* által szerkesztett millenniumi emlékkönyvbe írt közleményeiből kivehető, *Mária Terézia* fenkölt szelleméből kifolyólag s híres orvosa *van Swieten* tanácsára szintén elég korán voltak figyelemmel a szülészeti oktatására, a mennyiben már 1770-ben rendszeresített a nagyszombati egyetemen az orvosok és bábák szülészeti oktatása, a melynek első »tanítója« a híres *Plenck*¹ volt.

Plenck a medenczefekvést mindig lábfekvéssé alakította át s mindjárt a fordítás után végezte az extractiót; ő használta először a »szülési mechanizmus« kifejezését; az emeltyű használatának híve volt, de alkalmazta a *Levet*-féle fogót is; ő ismerte fel először a medence exostosisait s a szülőfájdalmak erősítésére a fahéjtincturát ajánlotta.

Az első »Bábamesterségre tanító könyv«-et már 1766-ban *Veszprémi István* írta, illetőleg *Crantz H. N. János* bécsi szülész-tanár könyve után készítette. Később megjelent *G. Dombi Sámuel* könyve: »Bába Mesterség, mely irattatott kérdésekben és feleletekben. Pozsony 1772.«. Röviddel utána (1785-ben) megjelent *Mocsi Károly*² »A' Bábamesterségnek eleji« című könyve, a melyet a Bába-Egyesületben két év előtt ismerttettem.

¹ *Plenck* Jakab József 1735—1807.

² *Mocsi* könyvének teljes címe: A' bábamesterségnek eleji, melyeket a' Magyar bábáknak számára fordított 's ki-adott Mocsi Károly, a' bábamesterségnek és a' borbélyáságnak mestere 's egyszerűsmind mind a' kettőnek a' pesti Királyi Orvoscárnál közönséges correpetitora. Pesten. Nyomtatta Trattner betűivel, 1785.

Kolozsvárott is már 1775-ben rendszeresített a bábatanítás s ugyanezen évben a nagyszombati egyetem Budára, majd 1783-ban Pestre helyeztetett át; ekkor már *tanárrá* neveztetett ki a szülészeti tanítója, a ki egyszersmind vagy a sebészet vagy a szemészet tanításával is volt megbízva. *Plenck* után (1770—1783.) egy évig *Rácz Sámuel*, majd (1803-ig) *Stahly György* tanította a szülészeti, a ki alatt (1786-ban) a klinika a városi kórháztól elkülönítetett; majd (1806-ig) *Szenning*, a boncztan tanára (!) bizatott meg a szülészeti tanításával, később *Agoston Elek* szemésztanár, *Eckstein Ferencz* és *Frankenburg Jakab* sebészek követték egymást. A tanításban orvostanhallgatók, sebésztanulók és bábanövendékek vettek részt. Bemutatások a »bábászati gépen« (machina obstetriciae) történtek.

Önálló tanszékké csak 1817-ben lett a szülészeti; az első tanár *Birly Ede Florián* volt, a ki 1854-ig működött; utána *Walla Ferencz* volt tanársegéd bizatott meg egy évre a szülészeti tanításával, az 1855/56. tanévben pedig *Semmelweis* neveztetett ki az egyetem szülészeti rendes tanárává, a ki 1865-ben bekövetkezett haláláig töltötte be ezen állását. Alatta évenként körülbelül 500 szülés volt, míg a 30-as években 300 szülést vezettek évenként. Ő alatta (1859-ben) került a szülő-intézet az újvilág-utcai orvoscari épületből, a hol az 1 szülő és 4 gyermekágyas szobából, (összesen 26 ágygyal) állott, körülbelül ugyanily terjedelemben az akkori Ország-úton levő Kunevalder-féle házba, a melynek helyén ma a műegyetem áll. Ezen intézetekben a szülészeti gyakorlatban különösen bábák és sebészek képeztettek ki, az orvosok közül csak azok, a kik szülésmesterekké is akartak lenni. Az orvosnövendékekre a szülészeti tanulása csak 1870 óta kötelező.

Semmelweis után *Diescher* következett (1865—1874), majd pedig a jelenleg is működő, szeretve tisztelt mesterünk és tanítónk *Kézmárszky* tanár, a ki alatt (1879-ben) került a szülészeti klinika a Mária-utcai intézetbe, a hol már 30—34 ágy állott szülő nők és 10—12 ágy nőbetegek rendelkezésére. 1881-ben a bábák szülési kiképzése az orvosnövendékekétől külön választva, a *Tauffer* tanár vezetése alatt állott Röck Szilárd-utcai II. szülő- és nőbeteg klinika feladatává tétetett, a melyen szülészeti poliklinikum is rendeztetett be orvosnövendékek számára.

Az utolsó években az I. és II. szülő- és nőbeteg klinikák új épületekbe jutván (egy-egy szülészeti poliklinikummal kapcsolatban), csakis az orvosnövendékek szülészeti és gynaekologiai kiképzésével foglalkoznak, míg a bábák oktatásával a régi II. szülő-intézet helyén létesített külön bába-iskola bizatott meg.

A budapesti és kolozsvári intézeteken kívül Magyarországon foglalkoznak még bábaoktatással a következő bábaiskolák: Nagy-Szeben (1809), Pozsony, Nagyvárad (1873), Szeged (1883), Ungvár (1890),

Debreczen (1896), Szombathely (1897), valamint 3 kórházzal kapcsolatos szülöosztály: Pécs, Kaposvár és Szegzárd.

Svájcban az első szülészeti klinika Bernben létesült 1782-ben; *Németalföldön* Leydenben és Amstedenben 1799-ben, Groningenben 1811-ben és Utrechtben 1812-ben; *Olaszországban* Firenzében 1760-ban, Milanóban 1767-ben, Nápolyban 1778-ban és Rómában 1786-ban; *Dániában* Kopenhágában 1760-ban; *Oroszországban* Szt.-Pétervárott 1771-ben, valamivel később Moszkvában és 1797-ben ugyancsak Szent-Pétervárott a II. szülészeti klinika.

Látjuk ezekből, hogy a XIX. század elején már Európa minden országa dicsekedhetett oly intézetekkel, a hol a szülészeti orvosok és bábák megtanulhatták s a hol magukat gyakorlatilag is kiképezhették.

A másik fontos mozzanat a szülészeti terén a fogó (forceps) feltalálása volt.

A fogó feltalálásának rendkívül érdekes történetéből csak annyit óhajtok megemlíteni, hogy, noha kétségtelenül már évszázadok előtt is ismerhettek oly eszközöket (pl. háromágú tükröt), a melyekkel a gyermek fejének kinyomulását elősegíthették, de a szülőfogó tulajdonképeni feltalálójának, ha a XVII. században élt *Chamberlen*-család tagjaitól eltekintünk, a kik titkot csinálva találmányukból, hasznosításukkal a szülészeti történetében csakis szomorú hírnévre tehettek szert, *Palfyn*¹ genti sebész tekintendő, a ki 1723-ban Párisban, az Académie de Chirurgieben személyesen mutatta be eszközét (»les mains de Palfyn«), a mely ugyan eleinte még igen kezdetleges volt (párhuzamosan futó és kendővel vagy lánczczal összekötött két rövid kanálból állott), de később különösen *Levet*-től (»tiretête«), *Dussé*-től és *Smellie*-től, majd néhány német sebésztől módosítva a szülészeti műszertárnak örök időkre legbecsesebb, legáldásthozóbb eszközévé lett.

A XVIII. században, mint említettem, legelőkelőbb volt a harc a bábák és orvosok közt a szülésnél való segédkezés felett, a mely oda vezetett, hogy rendellenes szülésekhez is nem orvosokat, hanem sebészeket hívtak, a kik műveletlen, borbély- vagy más hasonló mesterségből kikerült s az alacsony színvonalon álló sebészeti iskolákban tovább képzett egyének voltak, a miért is a közönség körében nem ok nélkül nagy volt a félelem és rettegés, a mikor ezek segítségét kellett igénybe venni. A rendes szülés lefolyását ugyanis nem ismervén, egyedüli feladatuknak a magzat feldarabolását s ezen szétmarczangolt részek kihúzását tekintették, a mely célra óriási nagy instrumentarium (fűrők, kések, ollók, horgok, harapófogók, fűrészek stb.) állott rendelkezésükre.

Különösen két német szülész tett így szert szomorú hírnévre: *Deisch* augsburgi szülész, a ki azzal

dicsekedett, hogy 61 szülés közül »csak« 29-et fejezett be éles műszerekkel; segítségét 43 gyermek és 22 anya fizette meg életével; 86 más szülésnél pedig 38 gyermek halt el (15 »agyttalanítva«, 13 lefejezve), s *Mittelhäuser* (Weissenfelsben, Szászország), a ki 30 évi működése alatt 90 esetben fúrta meg a magzat fejét s dicsekedve említi, hogy a szülőnőknek »csak 1/6 része hal meg kezei alatt«.

De nemcsak Németországban, hanem Angliában is orgiákat ült a szülészeti sokattevés, a mit bizonyít azon gúnyirat, a melyet *Nichols* Francis 1751-ben szerkesztett¹ s a melynek bevezető részét, mint érdekes korjellemrajzot bátorlakom bemutatni:

»A még anyjuk méhében levő gyermekek mély alázattal kérik a londoni Royal College of Physicians »censoraikat«, hogy noha ők még nem alattvalói Ő Felségének, de tekintve, hogy tartománya területén tartózkodnak, helyezték őket is a királyságok törvényeinek és alkotmányának védelme alá; a kérvényezők ugyanis néhány év óta ijesztő módon üldöztetnek Pocus, Maulus doktorok s segédek és czinkosaik által, a kik mindannyian rosszindulatú egyének, a kik nem félvén Istentől s nem birván a szükséges tehetséggel, hogy tisztességes úton kereshessék meg kenyerüket, felhasználják a minket fogant nők félelmét és tudatlanságát s elhitetik velük, hogy mi vagyunk anyáink halálos ellenségei s hogy életre hozatalunk csakis az ő életük feláldozásával volna lehetséges. Átkozott suggestiók ezek, a melyek anyáinkat arra bírják, hogy bízva ezen tudatlanok segítségével és barátságában, rendkívüli nagy összeget fizetnek nekik, hogy minket összezuzzanak, megöljenek, széttepijenek, a mi bizonyára nem egyeztethető össze az Ő Felsége országában uralkodó békével és renddel.« Azután panaszkodnak, hogy ha nem hagyják el elég gyorsan tartózkodási helyüket, úgy kampókkal, vasfogókkal és más kegyetlen eszközökkel szétzúzatnak, széttepietnek stb. s legjobb esetben is fejük annyira összenyomatik, hogy aléltan jönnek a világra vagy görcsöket kapnak s csakhamar világra jövetelük után el is halnak. »Ha csak a legkisebb ellenállást fejtjük ki, lefejeznek bennünket, vagy kitépik agyvelőnket, vagy, ha védelmünkre egy kart kidugunk, ezt azonnal levágják« stb.

Bizonyára csak torzképet rajzolt itt *Nichols*, a mely azonban, mint minden torzkép mégis valóban létező állapotot adhatott vissza túlzott vonásokban; pedig éppen Angliára aránylag kevésbé vonatkozhatott a vádirat, mint más országokra.

A XVIII. század közepe táján u. i. a szülészeti két egymással ellentétes iskola uralja; az egyik az angol *Smellie*²-féle konservatív, a másik a francia *Levet*³-féle polypragmasiás iskola volt.

¹ The Petition of the unborn Babies. London 1751.

² William *Smellie* meg. 1762.

³ André *Levet*, szül. 1703—1780.

¹ Johannes *Palfyn*, 1650—1730.

Smellie nagy tért enged a természetes erőnek s korlátozza a művi beavatkozást. Szülési akadályoknál vagy magasan álló fejnél a magzat feláldozása helyett inkább lábra fordít; csak ritkán fordít fejre. Viszont a perforationnak előnyt ad a császármetszés felett, mert az anya életére nagyobb súlyt helyez, mint a magzatéra. A császármetszést csak abszolút medenczeszűkületnél tartja javaltnak. A lepény azonnali eltávolítása ellen szintén van.

Nevesebb angol szülészek voltak még akkor: *Manningham*¹, a ki elsőnek használt phantomot tanítási czélokra; *Fielding Ould*,² a ki először figyelmeztet a fej összenyomhatóságára és természetes forgására; védett perforatoriumot talál fel s halott magzatnál ellene van a fogó alkalmazásának; *Hunter*,³ *Johnston* és *Hamilton*,⁴ a kik a perforatio hívei; utóbbi a far- és lábfejkvéseket a természetre bizza s az utoljára jövő fejre is fogót alkalmaz. Továbbá *Denman*,⁵ a ki először választja külön a fordítást a kihúzástól s ismeri a placenta praeviát, a mely ellen a szülés mielőbbi befejezését ajánlja, ő ajánlja a művi koraszülést is (a burkok megrepesztésével) szűk medence esetén, s első, a ki a gyermekágyi láz valódi okát sejt. A művi koraszülés tehát szintén e század vívmánya, a mely mellett egy előkelő szülészektől Londonban 1756-ban tartott értekezlet nyilatkozott; *Denman*-on kívül *Macaulay* és *Kelly C.* végzik azt először.

A polypragmasia, mint említettem, különösen Franciaországban divik *Levret* óriási befolyása alatt, a mely alól Németország sem szabadította ki magát egészen a XIX. század közepéig. Kivüle még említendő a francia szülészek közül *Puzos*,⁶ a ki az utoljára jövő fejre alkalmazza először a később *prágai*-nak mondott fogást s azzal, hogy a fej kinyomulásánál megtiltja a szülőnőnek az erőlködést, a gát védelmére gondol; erre kivüle még különösen *Baudelocque*⁷ van figyelemmel, a ki a 2000 év óta fennállott culbute-elméletet is megdönti.

Baudelocque különben oly alaposan tanulmányozza a magzat fekvését, hogy nem kevesebb mint 94 helyzetet vesz fel. Ellensége a művi koraszülésnek és előnyt ad a császármetszésnek a perforatio felett; feltalálja a még most is alkalmazásban lévő medenczemérőnek. (Franciaországban különben a XIX. század közepéig tartott az ellenszenv a művi koraszülés ellen.) *Millot*⁸ az első, a ki a köldökzsinórt két helyen aláköti.

Franciaország szülészeti történetét a XVIII.

században még két mozgalom teszi érdekessé: az egyik a *Sigault*¹ és *Leroy*² által 1777-ben először végzett symphyseotomia, állítólag 6.5 cm.-es conjugata veránál, a mely műtét oly lelkesen fogadtatott, hogy annak emlékére a párisi fakultás ezüst érmet veretett. Csak később derült ki a műtett nővel üzőtt szédelgés, a mennyiben bebizonyult, hogy az előbbi szülések, ellentétben a műtők kijelentésével, simán folytak le s hogy maga a műtét is súlyos következményekkel járt a nőre, a mennyiben ez hosszú évekig a műtét után beteg és munkaképtelen volt s egész életén át csak mankó segítségével volt képes járni. De a míg erre rájöttek, addig már számtalan más esetben végeztetett a »section Sigaultienne« nemcsak Franciaországban, hanem (6 esetben) Németországban és más országokban is.

A másik az École anticésarienne alapítása volt *Sacombe*³ által (1791—1796), a melynek hívei úgy a császármetszés, mint minden más szülészeti műtét ellen voltak s a mely bizonyára csak a polypragmasiának volt nem minden haszon nélküli reakciója; de az »iskola«, túlzása s eszközeinek meg nem változtatása folytán, »miután megalapítójuk rágalmazás miatt elítéltetett, nyomtalanul elenyészett«.

Németország szülései ezen időben szintén még a sokattevés hívei. *Fried*⁴ elhanyagolt harántfekvésnél kiuzeli az előesett kart, az arczfekvést rectificálja, esetleg fogóval vagy horoggal. *Stein*⁵ különösen a fogót és a lábfordítást alkalmazza derűreborúra. *Roederer*⁶ korán elhunyt híres göttingai tanár a medenczeszűkület három fokát különböztetvén meg, az elsőnél a szülést a természetes erőkre bizza, a másodiknál fogót alkalmaz, a harmadiknál perforál vagy császármetszést végez.

A sokattevő s a conservatív szüléset közötti harc volt azon híd, a mely a XVIII. század végét a XIX. század elejével összekötötte; csak hogy míg előbb a harc a francia és angol szülészek között folyt, addig ezen időben a harctér Németországba és Ausztriába helyeztetett át.

Levret szerepét *Osiander*⁷ göttingai tanár (1792—1822) vitte, *Smellie*-ét a kitünő bécsi tanár *Boër*.⁸

A küzdelem a két tábor közt hosszú ideig tartott s néha elég heves volt; úgy mint azelőtt *Levret* és *Smellie*, úgy most *Osiander* és *Boër* állottak egymással szemben s védte, néha nagy hevességgel, ki-ki a maga nézetét, a melyet az egyedül helyesnek tartott.

¹ Sir Richard Manningham.

² Sir Fielding Ould 1710—1789.

³ William Hunter 1760—1815.

⁴ Alexander Hamilton † 1802.

⁵ Thomas Denman 1733—1815.

⁶ Nicolas Puzos 1686—1753.

⁷ Jean Louis Baudelocque 1746—1810.

⁸ Jacques-André Millot 1728—1811.

¹ Jean-René Sigault.

² Alphonse Louis Vincent Leroy 1742—1816.

³ Jean François Sacombe 1750—1822.

⁴ Johann Jakob Fried 1689—1769.

⁵ Georg Wilhelm Stein der Ältere. 1731—1803.

⁶ Johann Georg Roederer 1726—1763.

⁷ Friedrich Benjamin Osiander 1759—1822.

⁸ Lucas Johann Boër (Boogers) 1751—1835.

Osiander működését, öntudatlanul bár, de nagyon jellemzően nem »Geburtshilfe«-nek, hanem »Entbindungskunst«-nak nevezi s a szülész méltó hivatását csakis a műtevésben látja; a 31 éves klinikai gyakorlatában előfordult 2540 szülés közül 45,65%-ot művi-
leg, s pedig 40%-ot fogóval fejezett be. Vele ellentétben *Boër* a fogót az eseteknek csak 0,64%-ában, sőt később 0,13%-ában alkalmazta. *Boër* volt *Kleinwächter* szerint az első, a ki a terhességet és a szülést élettani folyamatoknak tekintette, a melyek csak akkor igényelnek művi beavatkozást, ha rendellenességek lesznek; ő felhagyott ezért az érvágással, a terhesek ok nélküli purgálásával, valamint arc-, far- és lábfekvésnél az ezek ellen való beavatkozással; sőt azt sem tartja czélszerűnek, hogy a farfekvést lábfekvéssé változtassák, s a második ikergyermek születését is, ha a magzat jól fekszik, a természetre bízsa. Ő volt továbbá az első, a ki a szülészeti szempontból addig károsnak vélt legkülönbébb méh-helyzeteket (jobb- és balradölését stb.) a maguk értékére, illetőleg értéktelenségére redukálja.

Úgy a »sebészeti«, mint az »orvosi irány«-nak, a hogy az aktív és konzervatív szülészetet nevezték, meg voltak a lelkes hívei a szerint, a mint az illető szakemberek *Osiander* vagy *Boër* iskolájából kerültek ki.

De végregyőzedelmeskedett *Boër* felfogása, a min nem csodálkozhatunk, ha figyelembe vesszük, hogy az antisepsis ismerete előtti időkről van szó, a midőn az a szülész érte el a legjobb eredményeket, a ki legkevésbé avatkozott a szülés rendes menetébe s a ki így legkevésbé jutott érintkezésbe a szülő nők nemiszerveivel. Hisz még a XVIII. század második felének legnagyobb vívmánya, a szülőintézetek létesítése is csak a szülész tudományának, nem pedig maguknak a szülő nőknek volt hasznára. Mert a XIX. század közepéig a szülőintézetek valóságos melegágyai voltak a gyermekágyi láznak s már-már oda fejlődtek a viszonyok, hogy az összes szülőintézetek bezárására, beszüntetésére gondoltak. *Cruveilhier* szerint akkor »kevésbé volt veszélyes a szülő nőre, ha az utczán lepték meg a szülőfájdalmak s ott szült, mint ha szülőintézetbe került«.

Így azután természetesnek kell mondanunk azon, különben még a mai megváltozott viszonyok közt is érvényben levő tételnek általános elismerését, hogy a terhesség, szülés és gyermekágyi physiologiai folyamatok, a melyek véghezvitelét a természetre kell bízni mindaddig, a míg rendellenes körülmények nem igénylik az orvos beavatkozását.

Ezen álláspont volt a XIX. század szülészeti-
nek legelső s nem legkisebb vívmánya.

Érdekes különben, hogy mily módosuláson ment át maga a felfogás is a konzervatív szülészetről. Míg ugyanis a XVIII. században azt tekintették a legkonzervatívabb szülésznek, a ki a legtöbbször

alkalmazta a fogót, mert így annál ritkábban jutott abba a helyzetbe, hogy éles műszereket használva, a magzatot megölje, feldarabolja, addig a XIX. században a fogónak gyakori alkalmazása az aktív szülészeket jellemezte. Így a legaktívabb *Osiander* egész életében csak egyetlen egyszer végzett perforatiót.

A XIX. század első felében különben még hírnévre tettek szert a következő szülészek: *Schmidt*,¹ a ki elsőnek ismertette a méhszáj összetapadását és az interstitialis terhességet; *Wigand*² hamburgi orvos, a ki a külső fordítást végezte előszeretettel; *Weidmann*³ mainzi tanár, a ki a fogót mint kisebbítő eszközt elvetette; *Joerg*⁴ lipcsei tanár, a ki először osztotta be a szülészetet physiologiára, pathologiára és therapiára; *Naegle*⁵, a ferde medence felfedezője, a ki a szülési mechanizmust és a medenczetant elég alaposan ismertette; *Ritgen*,⁶ a ki az aktív eljárás híve volt s úgy a symphyseotomiát, mint a *Joerg* féle laparo-elythrotomiát végezte s a gyermekágyi láz áttérjedhetőségét az anyáról a gyermekre vallotta; *Busch*,⁷ a ki a fogót a kampók hozzáadásával czélszerűen javította, a mi által a fogó komprimáló tulajdonságát elvesztette; *Mende*,⁸ a ki művi koraszülés előidézésére a préselt szivacsot ajánlotta; *Michaelis*,⁹ *Semmelweis*ünknek sajnos korán elhunyt első követője, a ki különösen a medence tanát fejlesztette.

Franciaországban különösen *Lachapelle*¹⁰-né tett ebben az időben szert nagy hírnévre, különösen a szülészeti műtevés terén; ő különben a konzervatív szülészeti híve volt (15,652 szülése közül 15,380 spontan folyt le).

Századunknak ezt az első felét még a következő felfedezések teszik nevezetessé:

A magzati szívhangok hallgatása, a mit *Mayer François Isaac* genfi sebész ajánlott először 1818-ban s *Lejumeau de Kergaradec*¹¹ párisi orvos tett általánosan ismertté 1821-ben.

De nemcsak a hallgatódzás, hanem a tapintás is (magzatmozgás érzése, a magzat testrészeinek s így fekvésének megismerése, ikerterhesség kórismézése), nagyban előbbre vitte a szülészeti diagnostikát; addig ugyanis a palpatióval csakis azt állapították meg, hogy összehúzódik-e a méh vagy nem?

¹ Joseph Hermann Schmidt 1804—1852.

² Justus Heinrich Wigand 1769—1817.

³ Johann Peter Weidmann 1751—1819.

⁴ Johann Christian Gottfried Joerg 1779—1856.

⁵ Franz Karl Naegle 1778—1851.

⁶ Ferd. Aug. Max Franz von Ritgen 1787—1867.

⁷ Dietrich Wilhelm Heinrich Busch 1788—1858.

⁸ Ludwig Julius Kaspar Mende 1779—1832.

⁹ Gustav Adolf Michaelis 1798—1848.

¹⁰ Mme. Marie Louise Lachapelle 1769—1822.

¹¹ Lejumeau de Kergaradec 1788—1877. »Mémoires sur l'auscultation appliquée à l'étude de la grossesse.«

A kephalothryptor feltalálása (1829) *Baudelocque* Auguste¹ érdeme, a kit a párisi akadémia 2000 frank jutalommal tüntetett ki e miatt. A kephalothryptor különben akkor még igen otromba eszköz volt, a melyet csak *Seifert* és *Breisky* javításai tettek később használhatóvá.

Ezen félszázadban a fogón is, mint már említettem, czélszerű javításokat eszközöltek, s pedig különösen *Brünninghausen*,² *Busch*, *Froriep*³ és *Naegele*. *Stein* volt az első, a ki az »Achsenzugauge«-vá való átalakítását kísérelte meg, a mely irányban azután még *Hermann* és *Kilian*⁴ is eszközöltek javításokat.

A hüvelytükör ugyan, mint ezt a Pompeji-ben végzett ásatásoknál talált példány is bizonyítja, már régi találmány, de újból csak e század elején (1818) vezettetett be ismét *Récamier*⁵ által, a ki a méh kikaparását is először végezte 1846-ban. Itt említem fel a most már a szülészetben is nélkülözhetetlen *Sims*-féle⁶ tükör feltalálását is 1846-ban, a melyet feltalálója Duck-Bill speculumnak (kacsacsőrű tükörnek) nevezett el s a melyre különösen az általa propagált oldalt fekvésénél a szülőnőknek és nőbetegeknek nagy szükség volt és van még ma is.

Századunk második fele a legjobb auspiciumok között kezdődött. *Semmelweis* korszakalkotó felfedezése, a melynek horderejéről kortársainak sejtelmük sem volt, lehetővé tette, hogy a szülészeti iskolák ezentúl ne csak tanítási központok, hanem az embe-
riségre, az anyákra és gyermekekre áldásthozó, életmentő intézmények is legyenek s megfordulván a koczka, idővel majdnem azt a szülőnőt kellett a jobb körülmények közt levőnek tekinteni, a ki szülőintézetben szülhetett.

Semmelweis tanai továbbá, a melyek ugyan csak *Lister*-nek, *Koch*-nak és *Pasteur*-nek tudományos vívmányaik után ismertettek el általánosan s lettek az emberiség igazi kincseivé, lehetővé tették, hogy a szülészet mindama felfedezéseknek és kutatásoknak gyümölcseit élvezhesse és értékesíthesse, a melyeket más tudományok terén tettek. Alig van ugyanis tudományág, a mely oly szoros összefüggésben állana a többi orvostudományokkal, mint a szülészet. Majdnem minden haladás, a mely az anatomia, embryologia, physiologia, kórbonczolástan, de főleg a sebészet, nőgyógyászat és gyermekgyógyászat terén történt, a szülészetet is előbbre vitte. S a midőn az utolsó félszázad elején az addig uralkodott természetbölcseleti iskolát az orvos-természettudományi irány váltotta

fel, a midőn *Baer*, *Bischoff*, *Müller Johannes*, *Haller*, *Bichat*, *Helmholtz*, *Darwin*, *Valentin*, *Wagner R.*, *Rokitansky*, *Virchow* s mások felfedezései az orvostudományok terén új irányt jelöltek, a szülészet is nagy hasznát vette azoknak.

Magának a termékenyítésnek mechanizmusát is csak e század derítette fel. Mert noha *Regner de Graaf* már 1672-ben fedezte fel a róla elnevezett petefészektüszőket, *Hamm Louis* pedig 1677-ben a spermatozoákat mutathatta ki, magát a petét mégis csak másfélszázaddal később, 1825-ben fedezték fel *Prevost* és *Dumas* a kutyánál és *Baer A.* 1827-ben a nőnél; a termékenyített petén pedig a csirahólyagot csak 1834-ben fedezte fel *Coste*, a csirafoltot a következő évben *Wagner R.*, sőt a spermatozoák behatolását a petébe csak 1854-ben fedezte fel *Newport* s ismertette 1879-ben *Fol*. A mult században még nem választották külön a cohabitatio és a termékenyítés fogalmát s előbbtől számították a terhességet is, s akkor még nem tudták azt sem, a mit ma tudunk, hogy egészséges gyermek nemzéséhez ép pete és ép ondó szükséges.

Az ébrény, illetőleg magzat fejlődésének ismeretét különösen *His* és *Leopold* vitték előbbre.

S mint a rendes helyen való termékenyítést, úgy a rendellenes helyen történőt is, a méhenkívüli terhességet alaposan csak e század tanulta megismerni, de míg az előbbi téren tett felfedezések anatómusok és biológusok érdeme volt, addig az utóbbi kérdést, bár minden részletében ismerve, teljesen tisztázva még ma sincs, a szülészek és nőgyógyászok vitték közelebb a megoldáshoz, nemcsak klinikai, hanem kórbonczolástani szempontból is. Most már tudjuk, hogy az azelőtt gyakorinak hitt abdominalis terhesség úgyszólván mindig csak egy rupturált tubaris terhesség folytatása, hogy a haematocele szintén nem egyéb mint tubarepedés következménye (*Veit*) stb.

Mindezek a felfedezések természetesen a gyógyítás mikéntjét is megváltoztatták, a mely egészen az utolsó két évtizedig teljesen vigasztalan volt s semmittevésben állott, a mennyiben csak kihordott magzatnál végeztek laparotomiát, a mely úgyszólván mindig halálos kimenetelű volt. A kérdés ezen részét különösen *Werth* vitte előbbre, a kinek véleménye szerint minden méhenkívüli terhesség rosszindulatú daganatnak tekintendő, a mely kórismézve azonnal ki is irtandó. Legújabbban a vaginalis műtétek fejlesztése ezen betegség gyógyításának is javára van, mert így a hasüreg megnyitásának kikerülése által kisebbedvén a radikális műtét veszélyei, a javalatok határai is messzebbre helyeztethettek ki. Nálunk különösen *Elischer* Gyula s a *Kézmárszky* és *Tauffer* vezetése alatt álló szülészeti klinikák (*Tauffer* Vilmos, *Bársony* János, *Reiszmán* Adolf, *Tóth* István, *Lovrich* József, *Bäcker* József) foglalkoztak az utóbbi években behatóan ezen kérdéssel.

¹ Auguste Baudelocque a híres Jean Louis Baudelocque-nak volt unokaöccse.

² Hermann Joseph Brünninghausen szül. 1761.

³ Ludwig Friedrich Froriep 1779—1847.

⁴ Hermann Friedrich Kilian 1800—1863.

⁵ Joseph Claude Anthelme Récamier 1774—1856.

⁶ Marion Sims 1813—1883.

A terhesség hygienéje, a mely *Soranus* óta évezredekig alig haladt, e században szintén néhány újabb vívmánnyal gyarapodott. Ilyen a vizeletvizsgálat a terhesség alatt fehérjére, a melynek jelenléte esetén a megfelelő diatával esetleg kikerülhetővé tehetjük az eklampsiát. A magzat rendellenes elhelyeződése esetén esetleg még a szülés előtt sikerül a megfelelő kézfogásokkal (külső fordítás) rendes magzatfekvést teremteni. A terhes nőnek szűkebb diatára való szorítása által, a mit már 1803-ban ajánlott *Brünninghausen*, de csak 1889-ben tett *Prochownik* általánosan ismertté, néha sikerül kihordott és életképes bár, de gyengébb magzatok nevelése által a mérsékelt szűk medencze s a magzat feje közt fennálló téraránytalanságot csökkenteni.

A terhesség kórismézését az első hónapokban csak a kombinált vizsgálat feltalálása tette lehetővé, a mely körül *Schultze* B. S.-nek van nagy érdeme.

A terhesség pathológiájában felemlítendő a terhes méh retroflexiója, a melyet ugyan már régebben felismertek (*van Doeveren* hollandi szülész, *Hunter* és *Baudelocque*), de a melyet észszerűen kezelni (bimanualis reponálás), s pedig térdkönyökhelyzetben vagy a medencze magas elhelyezésével (*Beckenhochlagerung*) vagy a portiónak golyófogóval való megragadásával, mindenkor a hólyag előzetes kiürítése után, szükség esetén narcosisban, a hólyagnak esetleges punctiójával, sőt gangraena esetén a hüvely felől való bemetszéssel (*Varnier*, *Pinard*) stb. e század vívmánya.

A mola hydatidosában (a bajról magáról már *Aëtius* [VI. században Kr. u.] és később *Christoph a Vega* 1564 tesznek említést) *Velpeau* (1827) ismeri fel a chorionbolyhok elfajulását s *Virchow* mondja ezt myxomás természetűnek s úgy annak kezelése (mielőbbi kiürítés, esetleg curette-tel), mint a deciduoma malignum (chorioepithelioma s. syncytioma malignum) felismerése s az ellene való radikális eljárás csak a legutolsó évek gyümölcse (*Sänger*, *Fränkel* L. és hazánk fiai közül *Neumann* Gyula, jelenleg bécsi docens, *Aczél* Károly és *Lovrich* József).

A terhesek ú. n. csillapíthatatlan hányásának kezelése massage-zsal, belsőleg cocainnal, orexinummal, ingluvinnal stb. vagy antihysteriás módon (*Olshausen*), végső esetben pedig művi abortus-zsal szintén ide sorolandó.

Legújabbban különben úgy ezt a tünetet, mint a terhesek ptyalismusát, picáját, fehérjevizelését, eklampsiáját stb. mind egy okból, a vérnek bizonyos, eddig még ismeretlen toxinok által való mérgezéséből magyarázzák, a melynek kiindulási pontja a máj volna (hepatotoxaemia) (*Pinard*).

Az eklampsia tanával különben behatóbban foglalkoztak *Litzmann*, *Rosenstein*, *Dohrn*, *Spiegelberg*, *Olshausen*, *Halbertsma*, a nélkül azonban, hogy annak

mibenlétét még teljesen kifogástalanul megmagyarázták volna; kezelése tudvalevőleg a szülés mielőbbi befejezésében, morphiumnak és chloroformnak (narcosis alakjában) minél kiterjedtebb alkalmazásában áll. Nálunk különösen *Lantos* Emil és *Doktor* Sándor foglalkoztak ezzel a kérdéssel.

A lepény mély fekvése, valamint a placenta praevia marginalis, lateralis és centralis s különösen az előbbinek aránylagos gyakorisága, valamint a kezelésnek mikéntje *Hofmeier*, *Lohmer*, *Bayer*, *Herff* és mások (hazánk fiai közül *Bodon* Károly és legújabbban *Kubinyi* Pál) tanulmányai tárgyát képezte. *Seyfert* (1854) hideg öblítéseket és burokrepesztést ajánlott, majd *Behm* (1873) és *Hoffmann* (1882) a lábrafordítást ajánlották; *Braun* Carl 1851-ben a kolpeuryntert találja fel és ajánlja placenta praevia esetén.

A lepény helyzetének, valamint a terhes és szülő méh anatómiájának s így a szülés mechanizmusának ismeretét nagyon előbbre vitte az először *Pirogoff*-tól (1852) ajánlott fagyasztási módszer, a melyet a szülészetben alkalmaztak s a melynek eredményeit nagy atlaszokban letették: *Braune* és *Zweifel*, *Säxinger*, *Hart*, *Winter*, *Chiari*, *Testut* és *Blanc*, *Hofmeier* s mások.

A terhes nőket ért traumákról nagyobb tanulmányt írt hazánk fiai közül *Thoman* Imre.

Végül a modern technikai vívmányok folytán lehetségessé, sőt kötelezővé lett a terhesség alatt kórismézett petefészekdaganatokat mielőbb kiirtani; ily nagy műtétekről u. i. épp úgy, mint kisebbekről bebizonyosodott, hogy kivitelük a terhesség alatt nem nehezebb, hanem talán még könnyebb, mint terhességen kívül s hogy nem szakítják meg a terhességet, másrészt pedig meggyőződtek arról is, hogy a daganatok bennhagyása veszélyeztetheti a nő életét a szülés folyamán. (*Spencer-Wells*, *Schroeder*, *Hofmeier*, *Marlin*, nálunk *Bársony* János és *Tóth* István.)

A rendes szülés vezetésénél mindenekelőtt fontos volt a rendes szülés mechanizmusának a megállapítása, a mi épp úgy, mint annak a körülírása, hogy mit számítsunk a rendes szülésekhez, nevezetesen, hogy az arc-, far- és lábfekvést is ennek tekintsük-e, szintén e század érdeme. A szülésnél tudvalevőleg két tényező jó tekintetbe: az egyik a térarány a medencze és a gyermek, illetőleg gyermekfej nagysága között, a mely kérdéssel nálunk *Bäcker* József foglalkozott behatóan, a másik a szülőtevékenység foka.

A rendes és szűk medencze anatómiáját különösen *Michaelis*, *Litzmann*, *Naegele*, *Robert*, *Breisky*, *Rokitansky*, *Schauta*, *Leopold*, *Fritsch*, *Neugebauer*, *Waldeyer*, újabban *Sellheim*, nálunk *Tauffer* tanulmányozták alaposan s megállapították azon kórokozó mozzanatokat (rachitis, osteomalacia) is, a melyek a szűk medenczék keletkezéséhez vezethetnek, a mivel egyszersmind kijelölték a szűk medencze legtöbbje prophylaxisának módját is. Jó

táplálkozás s különösen, a mit legújabbban *Zweifel* bebizonyítani iparkodik, eléggé sózott ételek, továbbá jó lakásviszonyok a főtényezők, a melyekkel sikeresen küzdhetni az angolkór kifejlődése ellen; phosphor adagolása (*Latzko*) s a súlyos esetekben castratio (*Fehling*) az, a mi az osteomalacia terapiájában a főszerepet játszsza. Utóbbi megbetegedéssel nálunk különösen *Tauffer* és tanítványai (*Velits* Dezső, *Neumann* Szigfried), *Polgár* Emil, *Genersich* Gusztáv, *Bársony* János és *Weisz* Ede foglalkoztak.

A medenczemérés maga is lényegesen haladt, a mióta különösen *Küstner* és *Skutsch* oly eszközöket találtak fel, a melyekkel a conjugata verát közvetlenül megmérhetni, ámbár általános elterjedtségnek még most is csak a *Litzmann* és *Baudelocque* által megállapított méretek illetőleg mérőeszközök örvendenek.

Remélhető, hogy az újabb idők egyik legnagyobb vívmányának, a *röntgenographiának* a szüléset is fogja hasznát látni annyiban, hogy vele a magzat fejének s a medenczének nagysága közti arány lesz idővel a kellő pontossággal megállapítható.

A szülő erő a méh összehúzódásaiból és a hasprés működéséből van összetéve, a mely utóbbinál nemcsak a hasizomzat, hanem a rekeszizom s az egész csontváz izomzata jó számításba, a miből önként következik, hogy mily nagyfontosságú a leányok izomzatának fejlesztése, erősbbítése észszerű testgyakorlattal (*Doederlein*). A szülő erő hatásának mikéntjét különösen *Lahs*, *Schatz* és legújabbban *Olshausen* tanulmányozták alaposan.

Az említett térránytalanság csökkentésére újabban *Walcher* az utána elnevezett lóghelyzetet ajánlja a szülő nőknek a kitolási időszakban, a mi által kissé, bár csekély fokban, növekedhetik a medenczebemenet legrövidebb átmérője.

A gát védelmezése maga is különösen a század eleje óta képezi a szülészek és bábák főfeladatát a rendes szülésnél, valamint azon tétel is, hogy minden még a legcsekélyebb gátrepedés is szülés után azonnal összevarrandó, a mi által számos, később kifejlődhető női betegségnek eleje vétérik, az újabb kor vívmányainak egyike.

Egyik negativ, de azért nem kevésbé üdvös újítás volt a szülés vezetésében az évtizedekig, sőt talán egy évszázadig divatban volt otromba szülészék elhagyása, a mely minden szülés nélkülözhetetlen requisitumának tekintetett s a szülésznőtől néha órányi távolságokra szállíttatott.

Érdekes átalakuláson ment át a lepényi időszak kezelése. Míg ugyanis még e század elején azon *Mauriceau* óta egy évszázadnál tovább fennállott tant tanították, hogy rendes viszonyok között a lepény azonnal, sőt még a köldökzsinór lekötése előtt hozandó ki a méhből (manualis belső beavatkozással) s hogy ha ez a lepény odanövése miatt nem sikerül,

a lepény bennhagyandó a méhben, addig most az egyedül helyes, ellenkező nézet van általánosan elfogadva, hogy t. i. csak a lepény odanövése esetén távolítandó az el belső kézfogással, míg rendes viszonyok közt várakozunk vagy legfeljebb külső kézfogással távolítsuk azt el.

Credé-nek (1860) elévülhetetlen nagy érdeme, hogy a lepényi időszak helyes kezelésének módját megmutatta s ha őt később helytelenül túlságosan aktívnak mondták s vele szemben *Ahlfeld* az abszolút várakozó álláspontra helyezkedett is, úgy most az egyetlen helyes középút az, a melyet majdnem mindenütt tanítanak és követnek.

Nálunk *Kézmárszky* tanár tanítása alapján mindenkor ezen utóbbi helyes irány követetett, s míg külföldön még *Credé* hívei is félreértésből sokszor túlságosan active jártak el, addig nálunk mindenkor az aktív eljárást a várakozással kombinálták. S itt akarom felemlíteni azon másik körülményt is, hogy azon kérdés, vajjon végzendő-e rendes körülmények között minden szülő nőn a szülés előtt és alatt fertőtelenítő hüvelyöblítés, a mi felett a külföldi szakemberek között évtizedek óta a leghevesebb harcz folyt s részben még folyik, nálunk *Kézmárszky* tanártól már régen, illetőleg mindig, az újabban a külföldön is mindenütt (talán csak *Hofmeier* kivételével) elfogadott elv értelmében úgy döntetett el, hogy a szülőcsatorna még a fertőtelenítő eljárásokkal szemben is noli me tangere-nek tekintendő, egyrésztől azért, mert a mint a legújabb bakteriologiai vizsgálatok (*Doederlein*, *Menge*, *Krönig*) is beigazolták, a szülőnő nemi szervei rendes viszonyok között nem tartalmaznak kórokozó bakteriumokat s így minden fertőzés csak kívülről vitetik oda, másrésztől pedig a túlságos aktivitással megfosztjuk a hüvelyt természetes védő közegetől, a felhámától, valamint a kórokozó bakteriumok legnagyobb ellenségétől, a nem pathogen bakteriumfajoktól.

A lepényi időszak kezelésével kapcsolatban még felemlítendőnek tartom, hogy újabban az orvosi téren is, bár lassan, elismerték, hogy »a vér különös nedv«, a melyet ok nélkül pazarolni nem szabad, s hogy ezért a szülés előtti s utáni vérzések is a legnagyobb figyelemben részesítendők. A terheseken, szülőnőkön és gyermekágyasokon minden ok nélkül hosszú időközön át divott érvágás is nagy nehezen elhagyatott.

A méhatonia ellen az oly hatásos ergotin és készítményei, a bimanualis massage, a forró méhüri öblítések, valamint a *Dührssen*-től ajánlott tamponálása a méhüregnek jodoform- vagy egyéb antisepsises gaze- vagy steril gazeval mind e században találtatott fel.

Száz év előtt a szülés utáni vérzések kezelése csakis abban állott, hogy »mérsékelt nyomás gyakoroltatott a hasra hideg kézzel«, s hogy szíverősítő szereket alkalmaztak!

Igen fontos gyógyító eszközt nyertünk a heveny anaemia ellen a hypodermoklysisben konyhasóoldattal, a mely mindinkább nagyobb tért kezd hódítani a szülészetben s nemcsak az anaemia kezelésében (*Schwartz*-tól először ajánlva 1881-ben), hanem sepsis (*Sahli*, *Pozzi*, *Eberhart*, nálunk *Ostermayer* Miklós), sőt eklampsia és uraemia eseteiben is fontos, sőt mondhatni a legfontosabb gyógyszerközzé kezd lenni.

A szülés pathológiájából már megemlékeztem a méhen kívüli terhességről és az eklampsiáról. Még megemlítendő a méhruptura, a melynek kóroktanát különösen *Bandl* klasszikusnak mondható munkája óta, ámbár a belső méhszájnak s a méh összehúzóerő gyűrűjének (*Contractionsring*) szerepe még teljesen tisztázva nincsen, most már elég jól ismerjük, de a méhrepedés kezelése még ma is vitás pontot képez. Behatóbban foglalkoztak még vele *Schatz* és *Schroeder*.

Az abortus tanának úgy aetiológiája (a méh rendellenes helyzetei, lués stb.), mint prophylaxisa és gyógykezelése, a mely utóbbi jóval aktívabb lett, lényeges haladást tettek az utolsó évtizedekben. Nálunk behatóbban foglalkoztak a kérdéssel *Konrád Márk*, *Szabó Sándor* és *Lantos Emil*.

Az *inversio uteri*, a mióta nincs megengedve, hogy a lepény a köldökszinóron való húzással hozassék ki s a mióta *Credé* a lepényi időszak helyes kezelésének módját megmutatta s nevezetesen megtiltotta, hogy ellazult méhen történjék az expressió kísérlet, a legkritikább szülészeti események egyike lett. Ily esetek sikeres gyógykezeléséről tesznek nálunk említést *Bársony* és *Erdey Gyula*.

Az *ikerterhességről*, a melyről már említettem, hogy a szülésnél jelenleg ugyanoly szempont alá esik, mint egyes gyermek szülése, nálunk *Brém János* közölt nagyobb tanulmányt.

A szülészeti műtéteket illetőleg a fogó feltalálásáról s az azon az idők folyamán tett változtatásokról (1838-ban 144 alakját ismerték!) már megemlékeztem; lényeges javítások történtek még az utolsó évtizedekben a végből, hogy a bemenetben levő fejre is a fogó célszerűen legyen alkalmazható; így keletkeztek a *tengelyirányban húzó fogók*, a melyent előbb *Tarnier* (1877-ben), majd *Simpson* (1880) és *Breus* (1882) szerkesztettek.

Arra nézve, vajjon bemenetben lévő fejnél magas fogó vagy lábafordítás és kihúzás alkalmaztassék-e, a vélemények még megoszolnak. Nálunk a magas fogó lelkes híve *Tóth István*, a ki terjedelmes monographiában számolt be a II. szülészeti klinikán e tárgyban tett tapasztalatokról, míg *Bársony János* inkább a lábafordítás és kihúzás mellett van. A lábafordítás szűk méhszájnál a *Braxton-Hicks*-féle kombinált fordítás alkalmaztatik. Jelenleg nem követi a lábafordítást azonnal a magzat kihúzása, hanem utóbbit csak a megfelelő javulat alapján végzik, ha a feltételek megvannak.

Az utoljára jövő fejnek fogóval való kihúzását újabban melegen ajánlja *Engel Gábor* akkor, a midőn az egyéb kézfogások nem vezetnek elég gyorsan eredményre.

Nagyobb tanulmányt írt még nálunk a fogóműtétekről *Walla Béla*.

Megemlítendő még itt a magzat expressziója a kimenetben levő fejnél a hasfal felől *Kristeller* szerint (1867), a fej kifejtése a gát felől *Ritgen* szerint s magasan álló fejnél a *Hofmeier*-féle benyomása a fejnek a medenczébe, valamint az utoljára jövő fej kihúzásánál a *Mauriceau-Smellie*-féle kézfogás újbóli ajánlása és módosítása *Veit*-től, a prágai kézfogás (*Kiwisch*) s a *Wigand-Martin-Winckel*-féle kézfogás (a fej húzása a belső kézzel és expressziója a hasfal felől).

A mérsékelt szűk medenczénél úgy ezek a műtétek mint a művi koraszülés jönnek tekintetbe, a mely utóbbiról már volt szó; ennek előidézésére most legelterjedtebb a bougie bevezetése (*Krause*); egyéb eljárások részben kevésbé biztosaknak, másrészt fertőzés vagy vesebajok előidézése (glycerin-befecskendés) miatt veszélyeseknek bizonyultak. *Konrád Márk* néhány év előtt jodtincturába mártott vattával ellátott *Sänger*-féle sonda bevezetését ajánlotta a művi koraszülés előidézésére. A művi koraszülés kérdését nálunk régebben még *Liebmann Mór*, valamint később *Dirner Gusztáv* tárgyalták.

A feldaraboló műtéteket illetőleg megemlítendő, hogy jelenleg a koponya megfúrására legelterjedtebben használják a *Naegle*-féle perforáló ollót, a fej kihúzására pedig a *Simpson*-tól (1860-ban) szerkesztett s később *Braun*-tól módosított cranioklastot; a magzat lefejezését a *Braun*-féle horoggal vagy a *Kézmárczky*-féle sodrony-écraseurrel végezhetni legcélszerűbben. A feldaraboló műtétekkel behatóbban foglalkoztak nálunk *Bársony János* és *Engel Gábor*.

Ha csukott vagy kevésbé nyitott méhszájnál az abortus vagy szülés befejezése javulva van, úgy ennek tágitása *lamináriákkal*, *kaucsuk tágitókkal* (*Hegar*), *fém tágitókkal* (*Fritsch*), *cervicalis kolpeurynterrel* (*Barnes*) (a mely eljárás legújabbban mint hystereuryssis mind jobban elterjed), *jodoformgázcsikkal* (*Vuillet*), vagy esetleg *mély nyaki incisiókkal* (*Dührssen*) az utolsó évtizedek vívmányai.

Érdekes még két műtétnek története: a symphyseotomiáé és a császármetszésé.

A symphyseotomiát, mint említettem, *Sigault* és *Leroy* végezték először élön 1777-ben, de sem Franciaországban, sem ezen kívül nem birt ezen műtét gyökeret verni, kivéve Olaszországot, a hol azóta mindig, előbb ritkábban, majd az utolsó évtizedekben sűrűbben alkalmazták; különösen *Galbiati* műtétei és *Morisani* (1893) közleményei folytán azután Németországban újabb kísérletezés tárgyává tették a műtétet (*Zweifel*) s egy ideig nagyon lelkesen irtak az eredmé-

nyekről (nálunk *Velits* Dezső és *Schwarz* Frigyes), de már rövid néhány év után újból majdnem teljesen elhagyták azt.

A császármetszés, a melyet elhalt nőkön már évszázadok, sőt mondhatni évezredek óta végeztek, élő szülőnőn csak ritkán (az elsőt *Trautmann* sebész végezte 1616-ban) s ekkor is csak abszolút javalat alapján végeztetett. Így a bécsi szülőklinikán, a hol évenként 5000 szülésnél több megy végbe, $\frac{3}{4}$ évszázadon át (1800—1877-ig) egyetlen egyszer sem végezték a császármetszést. Körülbelül ugyanilyen tartózkodó volt az álláspont a párisi, londoni, amsterdami és számos német klinikán; a lipcsein pl. 100 perforációs eset közül 64-ben élő gyermeket perforáltak (*Küstner*), a mi annak a jele, hogy relativ javalat alapján a császármetszést nem végezték. Ezen nem csodálkozhatunk különben, ha tekintetbe vesszük, hogy a legjobb statisztikák is 50% mortalitást, a legrosszabbak 90—100%-ot mutattak ki.

Ilyenek voltak a viszonyok, a midőn *Porro*¹ milánói tanár (1876-ban) véletlen folytán egy császármetszésnél, a hol a vérzést nem volt képes csillapítani, sodronyécraeurbe fogta a méh gyökét és az adnexumokat s az eszközt nem lévén képes többé levenni, mivel minden ilyen kísérletnél a vérzés újból megindult, de a leszorított hely necrosisának veszélye miatt rajtahagyni sem merte, a méh csonkolását végezte. A *Porro*-műtét, más szakemberektől is végezve, nem adott nagyobb halálozást 50%-nál s ezért általánosan kezdett elterjedni. Minthogy ezen aránylag kedvező eredmények azonban nem irathattak csak a műtét előnyére, hanem inkább a javult antisepsises és asepsises viszonyokból, valamint a műtők nagyobb dexteritásából folytak, 1882-ben, különösen *Kehrer* és *Sünger* ajánlatára ismét visszatérni kezdtek a régi, úgynevezett klasszikus császármetszéshez.

Kehrer és *Sünger*, hogy a méhfalból történő vérzést elkerüljék, nagy súlyt helyeztek arra, hogy a méhsebet gondosan befedjék peritoneummal; e végből *Kehrer* harántul metszette fel a méhet a cervix táján, a hol a hashártya lazább, *Sünger* pedig hosszirányban végezte ugyan a metszést, de ékalakú darabot metszett ki a méh izomzatából. Idővel azután ezen óvórendszabályok is feleslegeseknek bizonyultak s most már egyszerű varrattal egyesítik a méhsebet s az eredmények kitűnőek, olyannyira (*Leopold* császármetszései pl. egészben 5% halálozást mutatnak), hogy, mint *Fritsch* mondja, manapság az élő gyermek perforációja majdnem bűnnek tekintetik.

Fritsch különben újabban a haránt fundusmetszést ajánlja. A *Porro*-műtétnek megmaradtak azért külön javalatai. A császármetszés tanához já-

rultak nálunk: *Bäcker* József, *Doktor* Sándor, *Walla* Béla, *Kubinyi* Pál.

Nagyon messze vezetne, ha az egyes műtétek javalatai és kivitele körül tett javítások és újítások tárgyalásába belemennék (kitűnő szülészeti műtéttant irt nálunk *Mann* Jakab, összefoglaló szülészeti casuistikus közleményeket pedig *Kézmárszky*, *Berczeller* Imre, *Diescher* Ferencz, *Schultz* és *Bäcker*), s ezért legyen szabad még csak a gyermekágyas s az újszülött ellátása körül tett haladásról röviden megemlékeznem.

A gyermekágyi megbetegedések diagnostikai fő eszköze a hőmérő s bámulatos, hogy mily nehezen terjedt el ennek a tudata. Csakis az 50-es évek óta, különösen *Baerensprung* és *Wunderlich* alapvető munkáinak hatása alatt az egészséges és beteg ember hőmérsékéről, nyert a hőmérés lassankint a gyermekágyban is alkalmazást, különösen *Schroeder* és *Winckel* (1862), majd *Credé*, *Leopold*, *Ahlfeld* befolyása alatt. Az egészséges gyermekágyasra jellegző bradycardia felismerése ugyanazon idők vívmánya (*Blot* 1864, *Hémey* 1866); mindkét kérdéssel nálunk különösen *Bäcker* és én, a bradycardiával *Szabó* Sándor is foglalkozott.

A gyermekágyas és újszülött élettanának egyes fejezeteit tárgyalták még *Kézmárszky*, *Blau* Sándor és *Weisz* Ferencz.

Meg kell itt emlékeznem azon változásról is, a mely a rendes gyermekágy kezelésében az utóbbi évtizedekben beállott. A míg ez ugyanis addig izzasztásban, teákban és koplalásban állott, addig most fődolognak a tisztaságot, szellőzést, világosságot, jó táplálkozást tekintik; s utóbbira, különösen szoptató nőknél mindinkább nagyobb súlyt helyeznek (*Winckel*), s iparkodnak úgy az erőbeli állapotot, mint ezzel a tejelválasztási képességet különböző fehérje-anyagok adásával (*somatose*, *tropon*) fokozni.

A tejelválasztást, ennek physiologiáját és pathologiáját kivülem *Bókay* János, *Szalárdi* Mór és *Szontágh* Félix tanulmányozták behatóbban.

Az orvosi tévhitek egyik legvéresebbjének, a »tejláz«-nak megdöntése, bár alig állott az fenn tovább másfél évszázadnál, csak nagyon nehezen sikerült e század szülészeinek.

A gyermekágyi láz lényegét is, bár mint fentebb említettem, *Semmelweis* már a 40-es évek vége felé ismerte fel először, általánosan csak a 70-es években ismerték el fertőzésből eredettnak, de ezóta óriási irodalom foglalkozott vele, úgy kórbonczatani, mint klinikai és therapiiai szempontból. A therapiában különösen a prophylaxisnak jutott nagy tér s míg ez eleinte, különösen *Lister* befolyása alatt, inkább az antisepticumok feltalálásában és alkalmazásában (carbol [1865], sublimat [*Szabó* Dénes], creolin, lysol, alkohol) és fertőtlenítési polypragmasiában (borotválás, szappanozás, kefézés, dörzsölés, fürösztés, irrigálás stb.) állott, addig az utolsó évtizedben rationalisabb, mert

¹ *Porro*, Dell' amputazione utero-ovarica come complemento del taglio cesareo 1876.

egyszerűbb és veszélytelenebb s inkább asepsisre törekedő lett az eljárás, mert meggyőződtek, hogy a hüvelyt sebészi értelemben sterilé tenni nemcsak lehetetlen, hanem mint már említettem, szükségtelen, sőt tán káros is, a mennyiben jobb a hüvely természetes floráját és ennek talaját, valamint a hüvely védőfalát, a nyálkahártyát érintetlenül hagyni.

Most már majdnem mindenütt azon Kézmárszky által kezdettől fogva alkalmazott eljárást követik, a mely szerint a hüvelyben és a méhben csak ott s csak oly terjedelemben történik a fertőtlenítés, a hol és a meddig művi beavatkozás történt; ezen eljárás meleg szószólója nálunk Szabó Dénes volt.

A műtétek közül fertőzés tekintetében különben legveszélytelenebb a fogó a kimenetben és a magzat kihúzása farfekvés esetében, különösen többször szülteknél; azután következnek a perforatio és cranio-klasia és a belső fordítás, majd a magasfogó, a művi koraszülés s legveszélyesebb a lepény manualis leválasztása (Olshausen).

A fertőtlenítés pedig álljon: kimeneti fogónál épp úgy mint a rendes szülésnél csak a külső genitáliák fertőtlenítésében; magasfogónál, belső fordításnál, valamint a lepény leválasztásánál a hüvely fertőtlenítésében, mindig az illető műtét előtt; a méhbe való behatolásoknál pedig méhüri öblítésből is, esetleg csak forralt vízzel, a műtét után.

Itt említem fel azt is, hogy az utolsó években az antisepsis csak már fertőzött esetekben történik, míg rendes esetekben, tehát prophylactice, mint már érintettem, mindinkább az asepsisnek ad helyet.

Az oly veszedelmes charpie-nak a vegyileg tiszta vattával való helyettesítése Gruby hazánkfiának elévülhetetlen érdeme.

A gyermekági láznak fellépése esetén a helyi kezelés mikéntje még nem egyöntetű; a méhüreg kezelésének szükségessége még nincs általánosan elismerve.

Ellenben jó eredménnyel alkalmazzák mindenütt az általános kezelést, alkoholos italok (Runge) és hypodermoklysisek alakjában steril konyhasós vízzel. Fel-
említendő itt a Kézmárszky által ajánlott intravenosus sublimat-injectiók Baccelli szerint.

Egyéb a gyermekági alatt előfordulható megbetegedések közül nálunk a bimbósérülésekkel Platzer Sándor, a malariával Góth Manó és az influenzával Engel Gábor foglalkoztak. (A terhesség, szülés és gyermekági összefüggését a legkülönfélébb beteg-

ségekkel tanulmányozták különösen Müller Péter, Eisenhart). A tüdőembolia tanát hazánkfiak közül különösen Kézmárszky, Kenézy Gyula és Mahler Gyula vitték előbbre.

Az újszülöttek élettanát és betegségeit különösen Runge, Porak, Budin, Biedert, Heubner, Epstein, Bouchut (a koraszülöttekét Tarnier [couveuse] és Pinard) tanulmányozták behatóan. Lényeges haladást jelentenek az asphyxia kezelésében a Schultze-féle lóbálások feltalálása (1871), az újszülöttek ophthalmoblennorrhoeájának kikerülésére irányult eljárások (Credé 1881) s a köldökzsinórcsonk helyesebb ellátása az újszülött fertőzésének kikerülése végett, a melynek fontosságára többek közt különösen Eröss Gyula mutatott rá alapos csecsemő hőmérési tanulmányaiban, valamint Dirner és Doktor tettek észszerű javaslatokat azok kikerülésére. Az újszülött egyéb megbetegedéseivel foglalkozott nálunk még Gröss Gyula, Schiff Ernő és Berend Miklós.

T. uraim! A midőn ezekben, bár csak vázlatosan azon óriási haladásra rámutatni iparkodtam, a melyet a szüléset a lefolyt évszázadban tett, itt annyi és oly újításokról, felfedezésekről és találmányokról számolhattam be, a mennyi és a hány a világ fennállása óta eltelt évezredekben át nem történt s ezek hallatára kell, hogy a boldogság érzése fogjon el bennünket a felett, hogy megadatott nekünk ily időben élni, a tudomány ily magas színvonalán működhetni a szenvedő emberiség javára, a magunk lelki megnyugvásáért és öröméért. De kell, hogy boldogoknak érezzük magunkat azért is, hogy látjuk és tudjuk, hogy ezen óriási haladásban mily tetemes osztályrészt jutott nekünk, kis magyar nemzetnek is.

S úgy hiszem, hogy nem fejezhetem be méltóbban igénytelen orvostörténeti visszapillantásomat, mint ha azt kívánom, hogy a most születendő évszázad is ugyanilyen dicsőséget hozzon hazánkra, hazánk orvosaira és az egész emberiségre, mint a melyet a most kimuló század hozott s hogy a következő század nekrológ írója is épp oly emelt fővel, büszkeséggel és örömmel emlékezhessen meg az egész orvostudomány haladásáról s szeretett hazánknak ezen haladásban kivett részéről, mint a mily emelt fővel, örömmel és büszkeséggel tehetem ezt ma én a szülésetet illetőleg s végül, hogy az új században is oly nagy jótevővel ajándékozhasssa meg Magyarország az egész emberiséget, mint a milyen az elmúlt században megajándékozta felejthetetlen emlékü nagy Semmelweis-ünk személyében.

Az orvoslási díjak fejlődéstörténete.

Irta: Dr. SZIGETI GUSZTÁV.

I.

Az elmúlt év egy régóta sürgetett intézkedést hozott meg a magyar orvosi karnak: az *orvosi díjak szabályozását*. Az alkotmány helyreállítása óta az ország első orvosi testületei mondhatni évről-évre kérték, sürgették, követelték, hogy az orvosi szolgáltatások díjai jogérvényes megállapítást nyerjenek. Alig van az országban szaktestület, mely ebben az ügyben valamikor határozatot nem hozott vagy felterjesztést nem intézett volna a kormányhoz. Évekig folyt az akció ez irányban, de midőn az orvosok látták, hogy minden kérésük s igyekvésük hasztalan, jogos panaszaikkal s sérelmeikkel elcsendesedtek. Annál nagyobb és öröndetesebb meglepetést okozott nekik Széll Kálmán belügyminiszter ama rendelete, a melylyel a miniszter most sua sponte, a nélkül, hogy valamiféle kérelemmel járultak volna hozzá, megadta az orvosoknak azt, a mit ők maguk annak idején nem tudtak kieszközölni. Természetes, hogy ez a majdnem évszázados halasztás az intézkedés értékéből mitsem von le. Jobb későn, mint soha. A magánorvoslás díjazásának rendszerét az 1876. évi XIV. t.-cz. 48. §-a állapítja meg, az orvosi díjazást a kölcsönös megegyezés terére utalván — a mi azonos azzal, hogy az orvosi díjak jogállapota a szabad letarolás jogállapotára tereltetett, — hol ilyen (kölcsönös megegyezés) létre nem jött, szakértők meghallgatásával a bíróság határozza meg a díjat, melynek legkisebb mértéke a belügyminiszter által állapltatik meg.

Ennek az elvnek, a belügyminiszter az 1900. évi 135,000/VIIa számú rendeletben kifejezést adott, a mivel egyuttal hatályukat vesztették minden előbbi hasonló tárgyú és célú kormány-czélzó rendelkezések, névszerint a m. kir. helytartótanács által 1826. évben 6283. alatt kiadott orvosi díjszabás is.

Az intézkedés a nagy közönségben nem valami népszerű, legalább erre következtethetünk azokból a többé-kevésbé gunyos megjegyzésekből, a melyekkel a napi sajtó egy része a miniszteri intézkedés hírét fogadta; feljajdult a székesfőváros tanácsa és megszeppent a megye. Pedig az intézkedés jogossága elvitázhatlan. Alig van orvos, a ki számtalanszor nem tapasztalta volna, hogy egyes páciensei a kura végeztével szépen megköszönték neki fáradozását — vagy ezt sem tették meg — s azután köd előttük, köd utánuk. Ez hihetetlenül hangzik, pedig való igazság. Csak végig kell forgatni a kül- és belföldi szaklapokat s mindenki meg fog győződni róla. Az egyik orvos panaszkodik bennük, hogy még jómódu kliensek is lelkiismereti furdalások nélkül megszöknek a gyógykezelés befejeztével. A második csodálkozik azon a szokáson, hogy a betegek az orvosnak borra való módjára s egész titokzatosan kezébe csusztatnak pár forintot, mintha az orvosra szegény volna munkájáért pénzt elfogadni. A harmadik kikel az »orvosi önértzet« ama téves interpretációjá ellen, a mely az orvost visszatartja attól, hogy követeléseit, a melyek ép oly jogosak és méltányosak, mint a kereskedő, az ügyvéd vagy a háztulajdonos követelése, bírói uton érvényesítse. Mindeme panaszokat mi idézné elő, ha nem az, hogy a pacziensek az orvosokkal szemben fennálló tartozásaik lerovása tekintetében igen gyakran nem épen skrupulózusok? Ennek a leszállított tisztességtudásnak oka az, hogy az orvosi követeléseket nem tartják olyanoknak, mint a más szolgáltatásokért járó követeléseket. Nem pedig azért, mert az orvos jogait ugyszólva semmiféle sankció nem védelmezte.

A kereskedő rövid uton beperli adósait, a háztulajdonos kiteszi őket a lakásból s visszatartja butoraikat, az ügyvéd meg épen

közelében van azoknak a forumoknak, a melyek neki jogot szolgáltatnak. Az orvos, ez a nemes emberbarát, mint a tapasztalás mutatja, ritkán perel s ha perelt, akkor nem létezik vagy legalább is nem létezett eddig semmiféle normativum, a mely szerint követeléseinek jogosságát meg lehetett volna itélni. De ki következtetné ebből, hogy a közönség érdeke az, hogy e téren semmi változás ne álljon be? Ez ép oly kevésbé érdeke, mint a hogy nem érdeke, hogy a csalásokat, a lopásokat s a sikkasztásokat ne tiltsák el. Mert ha az orvosok jogos igényei anyagi tekintetben kielégítést nem találnak, a dolognak hovatovább oda kell fejlődnie, hogy az orvosok szabad versenyében csak a nagy kapacitások s a lelkiismeretlen existenciák lesznek azok, a kik helyüket megállni képesek. Ez pedig bizonyára nem a nagy közönség érdeke.

Örömmel kell tehát üdvözlönnünk, hogy a kormány ez irányban lépéseket tett s hogy az erdőmunkások s dohánytermelők jogai megvédése után az orvosok jogai megóvására is gondolt. Nem mondjuk, hogy az orvosi díjszabás megállapítása az összes létező bajokat orvosolni fogja, sőt fejtegetéseink során magunk is rá fogunk mutatni, hogy ez az intézkedés még kiegészítésre vár. De egy lépés már megtörtént és — il n'ya que le premier pas qui coute.

Hogy sokan ellene vannak az orvosi díjak hivatalos megállapításának s hogy külföldön olykor-olykor még orvosi testületek is ellene foglaltak állást, az úgy hisszük tévedésen alapul. Orvosi díjszabás alatt senki sem érti az orvosi szolgáltatások árának oly kötelező formában való megállapítását, hogy ettől eltérésnek sohasem lehet helye. Ellenkezőleg, az orvos mindig abban a helyzetben lesz, hogy saját szolgáltatásai árát önmaga becsülje meg. Senki sem fog kényszeríteni egy híres specialistát, hogy valamely bonyolult operációt pár forintért elvégezzen, mert az orvosi díjszabás ezt rendeli. Senki igazságszerint meg nem ütközhet azon, ha valamely orvos az ő szolgáltatásainak díját többre taksálja a hivatalos tarifában megállapított tételeknél. Senki sem fogja rossz néven venni, ha az orvos oly esetekben, a mikor sürgős vesztélyről nincs szó s a beteg nem tud vagy nem akar annyit fizetni, a mennyiért az orvos a műtétet vagy kezelést elvállalja, a beteget klinikába, vagy más orvoshoz küldi. Egy magyar ember egy ízben nagyon megbotránkozva mesélte, hogy egy előkelő párisi orvos, Chaumel, egy consultatio végén arra a kérdésre: Combien vous dois-je? egész nyugodtan s minden teketória nélkül azt válaszolta: Je prends entre 20 et 40 francs. Külföldön ebben semmi különös nem találnak s lényegében véve nálunk is úgy van a dolog, hogy vannak drágább és olcsóbb orvosok. Ezen a hivatalos díjszabás sem akar változtatni, de még ha akarná, sem volna képes rá.

Viszont az orvosi díjszabás egy orvost sem ment fel ama kötelezettség alól, a mely meg van állapítva a közegészségügyi törvényben s melyre őt mindenek felett esküje is kötelezi, hogy bajban levő szegény embertársain a lehetőség szerint segítsen akkor is, ha azok nem képesek fizetni. Hisz ép az az akció, a melyet a budapesti orvosszövetség a napokban a teljesen ingyenes rendelések érdekében megindított, bizonyítja, hogy az orvosi kar a humanitás ezen követelménye alól korántsem akar kibujni. Világos, hogy abban az esetben, a mikor egy szegény ember nem egészen ingyen kívánja a kezelést és szívesen fizet valamit, ha nem is a hivatalosan megállapított összeget, az orvosnak ez ellen még kevésbbé lesz kifogása, a díjszabás egyedül azon esetekben lép hatályba, a mikor evidens a fél rosszhiszemű-

sége és a mikor világos az a tendencia, hogy valaki az orvos jogos illetményeit meg akarja rövidíteni, dacára annak, hogy módjában állna, kötelességeinek eleget tenni. Szóval a díjszabás csak akkor lép hatályba, a mikor az orvos követelését per útjára viszi. Ebben az esetben pedig egy ily díjszabás okvetlenül szükséges, hogy meg legyen az a mérték, a melylyel az orvosi követelések jogosságát meg lehet ítélni. Többet a rendelet nem czéloz s hogy ennyi helyes és jogos, azt senki el nem vitathatja.

II.

Tényleg nem is új intézkedés az, a melyről itt szó van. Nem lehet mondani, hogy az állami ingerencia ismét egy oly térre terjed ki, a mely eddig szabad egyezkedésnek volt fenntartva, vagy hogy az orvosi díjak megállapítása egy mozzanata volna annak az áramlatnak, mely minden téren állami protekció után sóvárog. Az orvosok nem kérnek egyebet, mint jogi biztosítékokat jogos követeléseik számára. S hogy ilyenekre szükség mindig volt, azt legjobban bizonyítja egy kis történeti visszapillantás az orvosi kar multjára. Erről a témáról Dr. Brenner, a morvaországi orvosi kamara elnöke, igen érdekes dolgot tett közzé: »Der ärztliche Stand einst und jetzt« czimen. (1899.) Az ő nyomdokán haladunk, a mikor néhány érdekesebb adatát kiemeljük arra a kérdésre vonatkozólag, hogy milyen volt az orvosok díjazása a régi korban.

A rómaiak idejében az orvosok tudvalevőleg sokáig nem valami tulságos tekintélynek örvendtek. Többnyire rabszolgákból vagy szabadosokból kerültek ki, s jellemző, hogy Ciceró, a kiből korának nem egy előitéletét megtaláljuk, úgy nyilatkozott róluk, hogy azokra nézve, kiknek ezt társadalmi állásuk megengedi, azaz a rabszolgák és a szabadosokra nézve az orvostudományokkal való foglalkozás nem becstelen. Társadalmi helyzetüknek megfelelő volt díjazásuk is. Az orvosok többnyire a beteg lakásán végezték a kezelést, s kaptak egy-egy látogatásért 1—140 koronát mai pénzértékünkben, sőt voltak idők, a mikor a konkurrenzia ezeket az árakat is lenyomta. Előfordult persze az is, hogy a híres Galenus egyetlen gyógykezelésért egy ízben 10.000 koronát kapott. Később az orvosok tekintélye növekedett és Hadrián császár már különös kedvezményekben, mint pl. adómentességben részesítette őket, miért jogtanácsosai a következő sirfelirattal boszulták meg magukat: Turba medicorum perditit Caesarem. (?)

A római birodalom bukása utáni időben különösen az arabok tűntek ki orvosi tudásukkal. Mint az összes tudósok, úgy az orvosok is, nagy tekintélynek örvendtek s anyagi helyzetük is ehhez képest igen kedvező volt, ha talán egyedül is áll az orvosi hivatás történetében, hogy egyetlen orvos, — Harun al Raschid udvari orvosa, — két millió koronánál magasabb évdíjat huzott. Az arab orvosok testületeket is alakítottak érdekeik megvédése céljából s hogy a fizetés dolgában már akkor is nem egy ízben konfliktus támadt az orvosok s pácienseik között, azt mutatja egy arab író ama tanácsa, hogy az orvosok lehetőleg előzetesen állapítsák meg a kezelési díjakat, mert a kezelés végén gyakran csak hálátlanság lesz osztályrészük.

Az európai államokban a papok szerepeltek mint orvosok, de tudásuk nem állt valami nagyon jó hirben, úgy, hogy az előkelőbbek arab orvosokat, vagy legalább is arab iskolákban nevelt zsidó orvosokat alkalmaztak. A sebész doktorok épen-séggel a megvetett osztályhoz tartoztak. Ha betegjük meghalt, semmit sem követelhetek a kezelés fejében, sőt tartaniok kellett a vérboszutól is, úgy hogy rendesen kezelés előtt formális szerződéseket kötöttek a beteg hozzátartozóival s ezekben ki-mondották azt, hogy a beteget mint olyant veszik át, a kire a biztos halál vár. Hogy azonban az orvosi szolgáltatá-

sokat meg tudták ebben az időben is becsülni, azt bizonyítja az a tény, hogy egy szemoperációért közönségesen mai pénzértékünkben körülbelül 625 koronát fizettek.

Később az orvostudósok tekintélye növekedett, sőt a doktorsággal a személyes nemesség járt s a papok lassanként letűntek az orvosi konkurrenzia teréről. Az orvosok meglehetősen fényűzően is éltek, de hogy díjazásuk akkor is sok csalódásra adott alkalmat, az kitűnik abból, hogy II. Frigyes császár (1247) már *sükségesnek találta egy orvosi díjszabás megállapítását*. Ez volt legrégebb külföldi példája Széll Kálmán miniszterelnök utolsó intézkedésének. E tarifa értelmében az orvosok mai pénzértékünkben körülbelül 7 koronát követelhettek egy egész napért s ezért aztán kötelesek voltak, a beteget nappal kétszer is — és ha úgy kívánta — még éjjel is egyszer meglátogatni.

E korban kezdett kifejlődni az orvosoknak, hogy úgy mondjuk rang szerinti megoszlása. Voltak állandóan egy helyben lakó orvosok, állandóan egy helyben lakó sebészek, vándorló sebészek és végül borbélyok, kik abban az időben valóságos orvosokként szerepelnek.

Sőt már specialisták is kezdenek működni, kivált a fogászat terén. Persze ilyen specialistanak tekintették a hóhért is. Kuruzslókban akkor sem volt hiány, sőt ezek virágkorukat élték.

A XVI. században az orvosok szervezeteket (Collegia medica) is alkottak. Voltak udvari orvosok, kiknek fizetések igen különbözök voltak s 450 koronától körülbelül 26.000 koronáig rughattak (mai pénzértékre átszámítva). Valami nagyon sok ez nem volt, nagyobb fizetéseket azonban igen ritkán találunk, legfeljebb a francia udvarnál, a hol elég dolguk is akadt, hisz XIII. Lajosról feljegyezték, hogy egyetlen évben 47-szer vágta rajta eret, ezen felül 212 dysmát s 215 purganciát kapott. A városi és járási orvosoknak Ausztriában körülbelül 4000 korona jövedelmük volt, (mai pénzértékre átszámítva).

Orvosi díjszabások a XVI. században is léteztek. Így 1584-ben Majna melletti Frankfurtban hoztak be egy ily díjszabást, mely igen soká állt fenn. Az orvosok akkori anyagi helyzetére világot vet az a pár tétel, melyet a díjszabásból kiragadunk. (Egy akkori márka mai pénzértékünkben körülbelül 5 koronának felel meg.) Az orvos e szerint kapott kézműveseknél tett látogatásáért 58 fillért, jómóduaknál tett látogatásért 1 márka 70 fillért, egy szegényeknél tett látogatásért 85 fillért, hosszabb betegségeknek az egész heti kezelés díja 1 márka 70 fillér volt. Consiliumoknál minden orvos tíz márkát kapott. A még gazdagabb Nürnbergben ugyanekkor egy orvosi látogatásért az első esetben 2 márka 15 fillért, későbbi látogatásoknál 1 márka 30 fillért fizettek. Hogy azonban ezek kivételes díjak voltak, ezt bizonyítja az 1552-ből kelt stájerországi díjszabás, a hol jómóduaknál egy tett látogatás díja 40 fillérben, szegényeknél tett egy látogatás díja az összeg felében volt megállapítva.

A XVII. században körülbelül ugyanilyen marad az orvosi kar helyzete. A díjszabások, — a melyek sokáig ugyanazok maradtak, — elég magasak ugyan, az orvosok helyzete azonban mégsem mondható kedvezőnek, sőt nem tagadható, hogy ennek oka részben épen a magas díjszabásokban rejlett, a melyek sok beteget arra kényszerítettek, hogy kuruzslókhoz forduljon. Oly kivételes esetek, mint az, a melyben XIV. Lajos egy végbélsipoly operációért közel 6 millió koronát fizetett mai pénzértékünkben számítva, természetesen mitsem bizonyítanak.

Legkedvezőbb volt az orvosokra nézve a XVIII. század. Nem mintha a tételeket felemelték volna, ellenkezőleg, pl. Frankfurtban 1700-ban kiadott díjszabás nagyjában megtartja a régi tételeket, dacára annak, hogy a pénz értéke jelentékenyen le-szállt. Körülbelül olyan tiszteletdíjakat kaptak, mint a melynek

ma szokásban vannak. Egy berlini orvosnak pl. a múlt században átlag 4—6000 márka évi jövedelme volt, míg 1894-ben a berlini orvosok 80 százalékanak jövedelme nem érte el a 3000 márkát. E mellett az élet sokkal olcsóbb volt, így Berlinben 1752-ben 16 fillérért ebédet lehetett kapni. A városi orvosok fizetései mai értékben átlag 2400—4800 koronára rugtak, e mellett rendszeren szabad lakásuk is volt, s természeti szolgáltatásokat is kaptak. Az orvosok e kedvező helyzetének oka részben az orvosi kar nagy tekintélye, részben az, hogy a konkurrencia kisebb volt, így az orvosok száma akkor a népesség arányában a mai orvosok számának egy negyedére, legfőleg egy harmadára rughatott.

A XIX. században — különösen ennek második felében — az orvosok helyzetében lassu visszafejlődés állt be. Daczára annak, hogy az orvosok szolgáltatásai különböző új felfedezések következtében mind becsesebbekké váltak, jövedelmük folyton csökkent. Az okok, melyek ezt előidézték, különfélék. A legnagyobb szerepet játsza ez okok között kétségtelenül az orvosok számának rohamos szaporodása. Hisz közvetlen szomszédságunkban, Ausztriában az orvosok száma 1895-től 1899-ig egyedül 1731-el szaporodott. Nálunk az orvosok száma 1892-ben 3556-ot tett ki, ez a szám azonban már 1893-ban 2723-ra, 1894-ben 3849-re, 1895-ben 4032-ra, 1896-ban 4276-ra, s 1897-ben 4528-ra emelkedett, az összes szaporodás tehát hat év alatt 972-öt tesz ki. 1898-ban az orvosok száma 4528-tól 4504-re szállt alá, de már 1899-ben ismét 4669-re emelkedett. A fővárosban egyedül 1900-ban 1115 orvos élt, tehát 660 lakóra jött egy orvos. Az orvosok száma Németországban 1900. október közepén 27,374 volt, vagyis 685-tel (2,6%) több, mint az előző évben; a szaporodás tehát valamivel csökkent, mert az előző években 3,6—3,9% között ingadozott. A népesség és a népjólét korántsem szaporodott ugyanolyan mértékben. Sok kárt okozott az orvosi kar anyagi helyzetének az orvosi tudomány népszerűsítése is, a mely magában véve örömdetes dolog, bár gyakran a féltudás orvosi téren is igen veszedelmes lehet. A specialista orvosok száma szaporodásának szintén csak az volt következménye, hogy az egyszerű házi orvos szolgáltatásai igen sok esetben feleslegessé váltak. Némileg talán hozzájárult az orvosok tekintélyének apasztásához a testületi szellem megrendülése is, legalább ott, hol ez a testületi szellem még meg van, mint pl. Angliában, az orvosok tekintélye és anyagi helyzete is jóval kedvezőbb. Mindenesetre elsőrangú érdek, hogy ez a helyzet javitassék, mert az orvosi pályákra lépők számának csökkenése kapcsolatban azzal, hogy mindenütt számos orvosi állás betöltetlen, aggodalmat keltő jelenség.

III.

Magyarországban sok tekintetben eltérő volt az orvosi kar társadalmi állása és anyagi helyzetének fejlődése. A legrégebbi időkre vonatkozólag nem rendelkezünk adatokkal, bár orvosok nálunk természetesen a középkorban is léteztek. A ki erre bizonyítékot kíván, az megtalálhatja ezt IV. Béla királynak egy 1242-ben kelt rendeletében,¹⁾ a mely szerint annak, ki valakit megsebesít, köteles az illető orvosi gyógykezelésének költségeit viselni. Az a kérdés azonban, hogy mennyit követelhet az orvos, nálunk is vitás volt s hosszas czivódásokra adott alkalmat.

Az ily viták elkerülése céljából határozta el Mária Terézia 1742-ben a pozsonyi helytartótanács javaslatára,²⁾ hogy az orvosok díját egy tarifában fogja megállapítani. Mária Teréziát erre az orvosi kar iránti rokonszenve indította, a melylyel más intézkedésekkel is tanujelét adta, hisz ő arról is gondoskodott, hogy az egyes vidékeken mindenütt orvos álljon rendelkezésre s az

egyes orvosok számára kijelölte azokat a helységeket, a melyekre működésük kiterjedhetett. Az 1742-iki díjszabásnak¹⁾ célja, hogy úgy az orvosok (vagyis inkább sebészek, mert ezek díjáról volt szó), valamint a betegek megtudják, hogy egyik a másiktól mennyit követelhet s illetve mennyit tartozik fizetni. A díjszabásból kiemelünk néhány tételt. Egy seb kezelése a fejen, a koponyacsont megsértése nélkül 3—6 forint, a koponyacsont megsértésével 8—12 forint; csonttörés seb nélkül 10—20 forint, sebbel 20—30 frt; egy ficzam helyreigazítása 2—3 frt; egy tag csonkolása, koponyacsont ékelése, hullaboncsolás vagy valamely sérvműtét 2—5 frt stb. Ha az operáció után a beteg többszöri látogatása vált szükségessé, az orvos minden látogatásért 3—5 krajczárt számíthatott fel. Megjegyzendő, hogy az egyes díjak régi váltópénzben vannak megállapítva, a melyből 2½ forint volt egyenértékű egy ezüst forinttal. Már ez a díjszabás is azt mondja, hogy az előkelőbbek és gazdagabbakra ez a díjszabás nem talál alkalmazást, mert ezek bőkezűségének és előzékenységének szabad tér engedtetik; viszont az orvosok ember-szeretetére és keresztény lelkiismeretére marad bízva, hogy a szegényeket ingyen kezeljék.

Egy fél századdal később, 1793-ban, az orvosok helyzetének biztosítása érdekében még sokkal tovább akartak menni. Szerves közegészségügyi törvény létrehozásán fáradoztak, a melynek orvosi díjszabást is kellett volna tartalmaznia. A törvény tervezete el is készült, de tárgyalva soha sem lett. A tervezet szerint az otthon rendelő orvos 15 krajczárt, a házon kívül rendelő minden látogatásért nappal 30 krajczárt, éjjel 1 forintot követelhetett. Egy a betegnél töltött egész napért 1 forint 30 krajczár járt az orvosnak. A díjak elég magasak voltak, ha szem-előtt tartjuk, hogy abban az időben egy pozsonyi mérő buza ára Budán 1.30—1.40, a rozs ára pedig körülbelül 1 forint volt, a marhahús bécsi fontja 5⅓ kr., a juhúsé pedig 3¼ kr. volt.

1825-ben már ismét hasonló rendszabályok kidolgozásával foglalkozott a budai m. kir. helytartótanács. Az erre vonatkozó rendelet²⁾ kimondja, hogy az orvosok kötelesek, a betegeknek tekintet nélkül vallásukra vagy rangjukra, segínyt nyújtani, hogy senkinek sem szabad az imminens veszélyre való hivatkozással nagyobb díjakat kiszorítani, hogy senkinek sem szabad a betegséget nagyobb díj elnyerése kedvéért szükségtelenül kinyújtani, stb. Ez általános elveknek sanctióját a rendelettervezethez csatolt díjszabás³⁾ adta volna meg, a mely szerint az orvosok egy nappal tett látogatásért 0.30 kr., egy éjjel tett látogatásért 1 frt, egy a betegnél töltött félnapért 2 frt, egy a betegnél töltött egész napért 3 frtot kérhettek s így tovább. (De sebészek díjai az orvosi díjaknak általában felét teszik ki.) Ha tehát a fenti általános elvek értelmében valamely orvos nagyobb díjakat követelt, vagy valaki kisebb díjakat ajánlott meg, a bíróság a díjakat e díjszabás értelmében szállíthatta le és emelhetette fel. Hogy azonban e tételeket akkor sem tekintették abszolút érvényűeknek, azt mutatják a rendelet amaz intézkedései, a mely szerint gazdagoknál e díjak kétszerese, sőt háromszorosa is követelhető volt, míg szegényeknél, vagy hosszabb betegségeknek, vagy a kezelés szerencsétlen kimenetele esetén levonásoknak volt helye. Egy magyarországi városi physikusnak ez időben 100 pengő forint volt az évi fizetése.

1848-ban már ezt az intézkedést is elavultnak tartották. Az orvosi kar akkor szintén foglalkozott az orvosi díjak megállapításának kérdésével, a függetlenségi harcz azonban e munkálatoknak véget vetett.

Formaszerint ennél fogva az 1826-iki díjszabály maradt érvényben, sőt voltak esetek, a melyekben egyes hatóságok, kiknek az 1826-iki rendeletről nem volt tudomásuk s kik ennél-

¹⁾ Siquis ... alium vulneraverit ... medico laesi satisfaciat ... Fejér. Cod. Dipl. T. IV. Vol. III.

²⁾ 345. Z. R. Országos levéltár.

¹⁾ Constitutio rei sanitatis. I. 12—17. l.

²⁾ 32.750. Helytartótanács. 25. X. 1825. Országos levéltár.

³⁾ 6283. Helytartótanács 20. II. 1826. Országos levéltár.

fogva ítéleteikben az 1745-ös díjakhoz alkalmazkodtak. Ez állapotokról már régebben egy magyar orvosi szaklap a következőket írja:

»Mind az 1745-iki, mind az 1826-iki díjszabály igazságos és méltányos volt azon korban, midőn azokat a kormányzók megállapította. Azonban most, midőn a pénz értéke azóta ötszörösen csökkent, ellenben az ingó és ingatlan vagyonnak, árucikknek, lakás-, élelem-, taneszközök- és munkabérnek értéke ötszörösen emelkedett, a 12f—45 évvel előbb megállapított díjszabály az orvosra nézve nem méltányos, sem igazságos többé. E régi elévült díjszabálylyal ma éhenhalni sok ugyan, de belőle orvosnak megélnie, élnie a szenvedő emberiségnek és haladnia az orvosi tudománnyal, kevés. Ha a gyakorló orvos működését ma is ezen régi árszabály szerint méltányolná a közönség, akkor üresek volnának az orvosi tantermek s az okleveles orvos kénytelen volna (hivatását irgalmaságból üzven) más vállalatra szánni tehetségét. Elévült díjszabályainkra az orvosi fáradságot méltányló közönség sohasem is hivatkozik, minthogy azt ma igazságtalannak s azért tuléltnek tartja. Díjszabályt tulajdonképp, hogy az korszerű, igazságos és méltányos legyen, évtizedenként kellene újabbat alkotni, vagyis az előbbi tiz évről tiz évre a változó viszonyok szerint módosítani éppugy, mint a gyógyszerek árát. Ezekből következik, hogy megillető, igazságos és méltányos díjszabályzatunk ma nincsen. E hézagot akarta pótolni 1848-ban az orvosi kar, ezt kell pótolnia minél előbb a mi kormányzékünknek is, ha előbb nem, legkésőbb a hazai közegészség rendezése alkalmával. Addig is, míg a közönségre és orvosra nézve egyaránt méltányos díjszabályról törvényszerűleg gondoskodva lesz, a törvényhatóságok kénytelenek az elévült vagy idegen díjszabályzatokra hivatkozni, s az orvosok tartoznak azokkal is megelégedni.«

Ezért már akkor is sokan voltak, kik azt vélték, hogy helyesebb az 1855-iki osztrák cs. és kir. díjszabályzathoz¹⁾ alkalmazkodni, a mely a provisorium alatt 1863-ban Magyarországra is kiterjesztetett,²⁾ mely szerint ha egy műtét nem sikerül, vagy egy gyermekágyas 9 napon belül meghal, per esetén a díjszabásban megállapított taxa felvételik a tiszteletdíj alapjául, bár ez nálunk 1867 után jogi érvénnyel nem bírt. A díjszabás hiányát igen érezték, s e hiányon nem segített az 1876-iki közegészségügyi törvény és a belügyminisztérium díjszabás *tervezete* sem,³⁾ sem, mely az orvost a szabad egyezkedésre utalta. Csak a múlt évben hozatott meg a régóta nélkülözött intézkedés, melynek szerzői élénk érzéket tanúsítottak úgy az orvosok jogos igényeivel, valamint a közönség érdekeivel szemben.

A hivatalból megállapított orvosi díjszabás csak némileg védi meg az orvos jogos követeléseit a bíróságok előtt. Megvédi az ellen, hogy fiatal tapasztalatlan bírák ne taxálhassák az orvosi működést, megvédi az eddig szokás szerint meghívott bíráló szakértői közeg költségeitől; nem védi meg főleg az ellen, hogy az orvos ne legyen kénytelen minden apróságért bíróság előtt megjelenni és nem védi a követelések tárgyi alapja tekintetében, mely mindig hosszadalmas vitáknak lehet helye. Mindkét baj ellen lehetséges orvoslást találni.

Az első baj ellen némi orvoslást nyújtana az orvosi számlák rendszerének behozatala. Senki sem lát valami különöset abban, ha az üzletember, s az ügyvéd az általa nyújtott szolgáltatásokért számlát nyújt be s ritkán fog valakinek eszébe jutni, hogy ebben valami illetlenség, tapintatlanság rejlenék. Mért képezne az orvos ez alól kivételt? Ő ép oly becsületes munka árán keresi kenyerét, mint bárki más és nincs semmi szégyelni való abban, ha megköveteli, hogy szolgáltatásait díjazzák is. A társadalmi felfogás, mely ennek útjában áll, merő előítélet, de az egyes orvos még sem küzdhet ellene, e célból szükséges volna, ha valamely elismert tekintélyű orvosi testület hozna határozatot.

Ami pedig a bíróság előtti eljárást illeti, gondoskodni kell arról, hogy az orvos követeléseit bizonyíthassa is. Mert ha perre kerül a dolog, akkor az alperes egyszerűen tagadásba veheti az orvos állításait s nálunk már szokássá lett az, hogy a bíró az alperesnek, ki emlékezete után adja meg az adatokat, inkább hisz, mint az orvosnak, ki feljegyzései alapján adja meg a szükséges felvilágosításokat. Ily felfogás mellett az orvosok védtelenül ki vannak szolgáltatva a felek lelkiismeretességének, a mely igen gyakran sok kívánni valót hagy hátra! Volna mód ezen segíteni s hogy melyik ez, azt már 1872-ben a budapesti kir. orvosegylet kifejezésre juttatta, a midőn kimondta, hogy szükségesnek véli, hogy minden orvos magát bélyeges könyvvvel lássa el, melyben látogatásainak számát s az ezek alkalmából tett rendeleteit s műtéteit idő és sor szerint pontosan bejegyezze. Ez a könyv azután hitelesebb volna a törvény előtt, mint a fél esetleg fogyatékos emlékező tehetsége. Az orvosegylet már akkor is arra hivatkozhatott, hogy Bécsben, Berlinben s más városokban hasonló könyvek vezetése már akkor is elő volt írva. Az orvosegylet, mely e kérdéssel komolyan foglalkozott, akkor felterjesztést¹⁾ is intézett e tárgyban a kormányhoz, a felterjesztés azonban a mai napig sem nyert formaszerű elintéztést és a minisztérium, úgy látszik, teljesen megelégedett róla.

Sokan odíóznak tartják az orvos érdekeinek megvédelmezését. Ez a felfogás — legalább látszólag — indokoltnak látszik, mert hiszen annak, hogy az orvosnak jó dolga legyen, első és egyetlen feltétele az, hogy sok embernek rossz dolga legyen, azaz beteg legyen. Az orvos jóléte, kenyerere a szerencsétlenek fájdmából sarjadzik ki és mentül kevesebb testi szenvedés jut az embereknek, annál nehezebb az orvos megélhetése. De ez csak látszólag van így, mert az egészség megtartása és biztosítása épen oly fontos, sőt talán még fontosabb dolog, mint annak helyreállítása. A ki az előbbi megcselekszi, annak sokszor nincsen szüksége az utóbbira és nagyon téved az, a ki azt hiszi, hogy az orvos csak arra való, hogy a már bekövetkezett betegséget elhárítsa tőlünk; ennél sokkal fontosabb feladat jutott az orvosoknak s ez az, hogy az embereket egészségben megtartsák, hogy körülöttünk és bennünk mindazokat a higiénikus feltételeket megteremtsek, a melyek bennünket képessé tesznek arra, hogy a betegségeknek ellenállni tudjunk, hogy testünknek, egészségünknek lépten-nyomon olázkodó ellenségeit csirájukban megfojtsák. A ki úgy fogja fel az orvos hivatását, az bizonyára a mi álláspontunkra fog helyezkedni és velünk együtt követelni fogja, hogy az állam, a törvényhozás és a társadalom az orvosok érdekeit ép úgy megvédelmezze, mint bármely más osztályét vagy foglalkozását. Csak így érhetjük el azt, hogy az orvosok megfelelhessenek azoknak az óriás igényeknek, a melyeket gazdag és szegény, művelt és műveletlen, gróf és paraszt egyaránt fűz hozzá. Minden foglalkozás között az orvosé a legterhebb; napjának és éjjelének minden pillanata hivatásának rendelkezésére áll; ő örökdió az emberek legfőbb java, egészsége és élete fölött és a mely országnak derék, megbízható, lelkiismeretes orvosi kara van, annak közegészsége is jó s az ennél fogva minden más téren is boldogulni fog. Nem csak az orvosok érdeke tehát, hogy az ő helyzetét biztosítsák, hanem a köznek az érdeke és talán czé még sokkal fokozottabb mértékben, mert az orvosok csak eszközül szolgálnak a köz javának előmozdítására, de hogy ezt hathatósan megtehessek, okvetlenül szükséges, hogy az ő helyzetük is olyan legyen, hogy nyugodtan, gondtalanul és kizárólagosan szent hivatásuknak élhessenek. Hogy ebben az irányban az első lépés megtörtént, az őszinte örömmel tölt el bennünket s azzal a reménnyel biztat, hogy a következő lépés sem fog sokáig késni. Vivat sequens!

¹⁾ Wiener Medizinische Wochenschrift. 1855. V. évfolyam. 150. l.

²⁾ 10,900. sz. H. T. R. 1863.

³⁾ Eine neue ärztliche Taxe für Ungarn. Entwurf des kgl. ungarischen Ministeriums des Innern. W. M. Wochenschrift. 1876. XVII. 1523. l.

¹⁾ Orvosi Hetilap 1872. XVI. évfolyam.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárczky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Chudovszky Mór: Közlemény a szt. János-kórház (Ludvik igazgató) sebészeti osztályáról. Csontképlő műtétek az alszár s a czomb csonkítása esetében. 101. l.

Justus Jakab: A pesti izr. hitközség kórházának rendelkezéséből bőrbajosok számára és belgyógyászati osztályának laboratóriumából. Miként gyógyítja a kéneseő a syphilist? 103. l.

Fried Aladár: Idegen test az urolán. 105. l.

Hudovernig Károly: Közlemény az elme- és idegkórtani klinikából. (Igazgató Laufenauer Károly ny. r. tanár.) Kimutatás az elme- és idegkórtani ambulanciának 1900. évi működéséről. 105. l.

Tárca. Fodor József: Pettenkofer Miksa tanár. 107. l. — Sellei József: A venereás bántalmak prophylaxisa. 109. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Ráskai Dezső: A gonorrhoea általános fertőzés kérdése. 74. l. — Könyvismertetés. Erlach und Woerz: Beiträge zur Radicalheilung des Gebärmutterkrebses. Lapszemle. Gyógyszertan és méregtan. Dehio, Dornblüth: A dormiol. — Kraus, Siebert: Az epicarinnól. — Tavel: Vioform. — Aufrecht, Leistikow, Ebersson: Az ichthargan. — Általános kór- és gyógytan. Schiff: Az orr és a női nemi szervek közti összefüggésről. (Mariuszky Gy.) — Kruse: A dysenteria okozója. — Neuhaus, Schottmüller,

Castellani, Auerbach és Unger: Typhus-bacillusok kimutatása a vérben. — Auclair: Tuberculotikus tüdőszclerózis. (Nagy P.) — Belgyógyászat. H. Strauss: Anyagcserevizsgálatok „apepsia gastrica”-nál, különös tekintettel a perniciosus anaemiára. (Kövesi G.) — Uhlenhuth: Újabb adatok a tojásfehérje specifikus kimutatásához biológiai úton. (Kövesi G.) — Friedel Pick: Az intermittáló epelázról. — Sebészet. Hacker: Bőrfelületével az orrüreg felé fordított nyelés arczebenyek alkalmazásáról részleges orrplastikánál. (Kuzmán Oszkár.) — Szülészet és nőgyógyászat. Mertens: Laparotomiánál a hasban felejtett gazetről bevándorlása a bélbe. (Dóktor.) — Orr-, torok- és gégebajok. H. Schlesinger: Az aortabillentyű elégtelenségének kíséretében fellépő lüktetési tünetnyekről a száj- és garatüregben. (Tóvölgyi E.) — E. Dieken: Dohányfüst rhinitis hypertrophicánál. (Tóvölgyi E.) — Sturmann: A orrban létrejött összenövés. (Tóvölgyi E.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Martinet: A gyomorbennek pangásának megakadályozása. — Fájdalmas dentitio elleni gyógyszer. — Folyóiratok átnézete. 111—114. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az országos közegészségi egyesület napirendje. — Beküldetett. — A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum. — A Kézmárczky-féle szülészeti poliklinika. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Elhunyt. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 114. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — Budapesti kir. orvosegyesület gynaecologikus szakosztálya. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléséből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. János-kórház (Ludvik igazgató) sebészeti osztályáról.

Csontképlő műtétek az alszár s a czomb csonkítása esetében.

Közlő: Chudovszky Mór dr. műtő, volt klinikai tanársegéd.

Az utolsó évek orvosi közleményei között számos oly irányú dolgozatra akadunk, a melyben a sebészek azzal a kérdéssel foglalkoznak, hogy mik a teendők oly esetben, a midőn azt kívánjuk elérni, hogy betegünk, a kin czomb- vagy alszárcsonkítást végeztünk, meggyógyulása után a csonkjára támaszkodhassék. Az ajánlott eljárásokat két csoportba oszthatjuk; az első csoportot azon műtési módszerek alkotják, a melyek segítségével a csontvegeket alakítjuk olyanokká, hogy azok járásra alkalmas csonkot képezzenek; a második csoportba azon eljárásokat sorozzuk, a midőn a csontveget fedő lágyrészeket alkalmas módon kezeljük, avagy már a műtétnél ügyelünk arra, hogy a csonk viselésére alkalmas lágyrészekkel fedjük be a csont végét.

Említettük azt, hogy a czomb vagy az alszár csonkító műtétjeiről szólunk. Így az első csoportba sorozható régebbi műtési eljárások közé tartoznak: a Pirogoff szerinti csontképlő alszárcsonkítás, a czombbüttyökön át végezett íves csontfelszíni czombcsonkítás Syem szerint, a czombbüttyök feletti czombcsonkítás, a midőn a csontfelszint a térdkalácsal fedjük Gritti módszere szerint, továbbá a csonthártya alatti alszár vagy czombcsonkítás. Az újabb keletű műtési eljárások közé sorozzuk a Günther, a Le Fort, a Bruns-féle csontképlő alszárcsonkítást, mint a Pirogoff-műtétet javító módszereket, a Sabaujeff-féle csontképlő czombcsonkítást, a midőn a sípesont dudora táján készített csonthártya- s csontlebenynyel fedjük be a czombcsont végét, a Bier-féle csontképlő

alszárcsonkítást s a Gleich-Bier-féle, helyesebben a Gleich-féle csontképlő alszárcsonkítást. E két utóbbi műtési módszernél kissé megállapodunk. Bier¹ 1892-ben közli az alszárcsonkításnál végzett csontképlő műtési módszerét. Eljárása, a mely abban állott, hogy a lágyrészekből és a csontokból a hajlító vagy a feszítő oldal felől egy ék alakú részt eltávolított s a végtag környi részét mint képlő lebenyt derékszögben ráhajlította az alszár, nem keltett valami nagy feltűnést. Sokkal helyesebben fejtette meg az alszárcsontképlő műtési módját Gleich,² a ki 1894-ben megjelent közleményében ismerteti módszerét. A Wagner-König-féle csontképlő műtési eljárás lebegett előtte példa gyanánt. Az alszárcsontok csonkjának befödése czéljából a sípesont mellső felszínéből készít egy oly csontképlő lebenyt, a mely 2—3 mm. vastagságú kéregállományból és csonthártyából áll; ezen lebenyt reá hajlítja a csontvegekre, a bőr- vagy a bőrizomlebeny meg e fölé kerül. Bier³ 1897-diki közleményében lemond az ő műtési módszeréről s a Gleich gondolatmenetét fogadja el; eljárása abban különbözik Gleichétől, hogy nem készíti el külön a bőr, külön a csontképlő lebenyt, hanem egyszerre metszi ki a csont, a csonthártya és a bőrlebenyt. Ha összehasonlítást szabad tennem, úgy határozottan Gleich módszerét kell a legelőnyösebbnek tartanom. Bier első eljárása azért nem vált be, mert a műtétet két időszakban kellett végezni, már pedig a legtöbb beteg nem egyezik abba, hogy a kész alszárcsonkján újabb műtétet végezzünk tisztán abból a czélból, hogy a csonk végére támaszkodhassék. Bier második módszerénél az volna a főelőny, hogy a csonthártya és csontlebeny a felette levő lágyrészekkel kapcsolatban marad, de ismét az a nagy hátránya, hogy a csontképlő lebeny elhelyezkedésének irányja a bőrlebenytől függ, a mikor megeshetik, hogy a sebselek pontos egyesítése alkalmával a csont és a csonthártyalebeny félreesszik és nem marad meg a kívánt helyen. Hasonnemű példát láttunk egy esetünkben, a midőn Gritti módszer szerint műtve, a bőrhöz rögzített térdkalácsot a czomb-

csonthoz erősítettük. Gleich módszere alkalmazásával megtörténhetik az, hogy a kimetszett csontszelet a csonthártyáról leszakad, de ha ügyelünk arra, hogy a csont olyan részét használjuk fel a csontképlésre, a melyhez a csonthártya feszesen tapad, akkor ezt a kellemetlenséget is elkerülhetjük.

Az alszár és a czomb csonkját járásra, támaszkodásra, még oly módon is alkalmassá tehetjük, ha a műtét alkalmával a csontot nagyobb tömegű lágyrészekkel befedjük s ha a csontot a gyógyulási folyamat alatt alkalmas módon kezeljük. Ezen második műtési módszer csoportjához sorozzuk a Sym szerinti alszárcsonkítást; továbbá azon eljárásokat, a midőn az alszár-vagy a czombcsonkításnál jó húsos izombőrlebenynyel fedjük be a csontot; az újabb eljárások közé tartoznak azon műtési módok, a midőn izominvégek egyesítésével fedik a csontot s ekkép kerül el az izom elsovadását; ide tartozik még a Hirsch-féle eljárás is, a mely abban áll, hogy a kiképezett csonkvég felett lévő lágyrészeket mozgókká alakítjuk. Hirsch eljárása mai napig még nem részesült kellő méltánylásban, pedig a mostanáig közölt esetek kedvező színben tüntetik fel az ő módszerét. A szt. János-kórház sebészeti osztályáról Donhoff⁵ a múlt év folyamán közölt egy ilyen módon gyógyított beteget. Hirsch eljárása kissé körülményes, de nem kivihetetlen; ha van kellő személyzetünk, úgy sikerrel alkalmaztathatjuk. Hirsch eredeti közleménye szerint a helyes csonkképzés abban áll, hogy a műtét után a csontot magasra polezoljuk; a varratok kiszedése után azt naponként 1—2-szer masszáljuk. A massage után a csont végét bekötjük s 1—2 órán keresztül 5—10 percnyi időközökben azzal lépési gyakorlatokat végeztetünk. Erre a célra a beteg ágyába haránt deszka léczet vagy szélesebb zsámolyt tétetünk. Mihelyt a heg engedi, a csontot naponként egyszer meleg soda-oldatban fürösztetjük s az izmok gyakorlása céljából feszítési és behajlítási gyakorlatokat végeztetünk. A midőn pedig a beteg felkelt, az első lépési kísérleteket úgy végezi, hogy csonkjával szécskavánkosra támaszkodik.

Ha a közölt eljárások két csoportját egymással összehasonlítjuk, úgy azt látjuk, hogy egyes különleges esetekben az egyik vagy másik műtési módszer alkalmazása czélszerűbb lesz, de legtöbbször mégis úgy érzük el a legjobb eredményt, ha az alszár-vagy a czombcsonkításnál épen úgy gondot fordítunk a csont és a csonthártya képlésére, mint a jól bélelt bőrlebenyek elkészítésére, mint pedig utólag a csontot fedő lágyrészek kellő hordképességének a begyakorlására.

Ludvik igazgató úr szívességéből két oly műtési esetet közlök, a melyek közül az egyiken Gritti, a másikon Gleich módszere szerint csonkítottunk.

I. P. I. 28 éves férfi, felvettük 1900. április 26-dikán: műtettük április 28-dikán; gyógyultán távozott május 31-dikén.

A beteg adatai szerint öt éves korában jobb térdizületi gyuladása támadt, a minek következtében ezen térde táján fekélyei támadtak, a melyek két év alatt lassanként meggyógyultak. 1898-ban térdizülete újra dagadni kezdett, majd kifakadt. 1899-ben egy kórházban műtették.

Felvételekor azt látjuk, hogy a jobb térdizület elülső felszínén kiterjedt hegek vannak, a melyek egyrészt a térdkalácshoz, másrészt a sípcsontokhoz rögzítik a bőrt; az alszár két oldalán az ízület magasságából kiinduló, az alszár hosszúsági tengelyével párhuzamosan haladó, 14 cm. hosszú, részben heges, részben gümös fekélyekkel fedett vonal látható. A gümös fekélyek a lágyrészek közé folytatódnak, de a csontig nem érnek. Az egész alszár sovadt, azon izmok, a melyeket a szárcapocsideg ellát, hűdöttek. A térdizület merev. Kórisme: *a jobb térdizület merevedése megelőző gümös folyamatok következtében. Izomhűdés és izomsorvadás.*

Műtét chloroformbódítás közben. Czombcsonkítás. Csontképlő műtét Gritti szerint, a midőn az elülső bőrlebenynyel összenőtt térdkalácsot csonkolva ráborítjuk a czombcsonkítás felszínére. Bőr varrása. Kötés. Varrat kiszedése 9. napon. A gyógyulás elsődleges. A beteg csonkjára támaszkodik.

II. B. P. 25 éves férfi, felvettük 1900. június 8-dikán, műtettük 1900. június 12-dikén: gyógyultán távozik október 30-dikán.

A beteg 1899-ben szövődmenyes bokaizületi törés miatt alszárcsonkítás műtétjét végezték. Az alszár csonkja három hónapja ki-sebesedett.

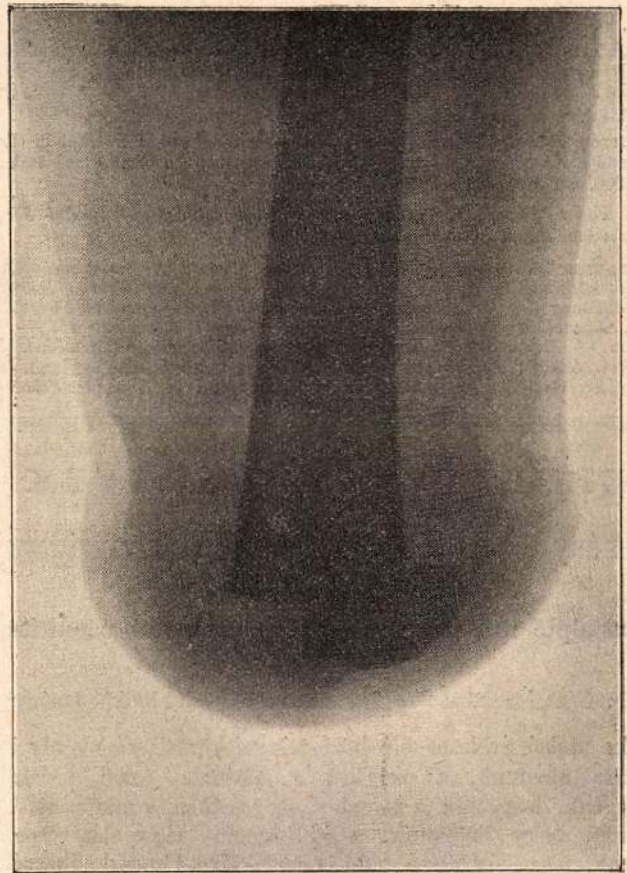
Felvételekor azt látjuk, hogy a jobb alszár alsó harmadán lévő csonkolási felszínén ötkoronányi éles szélű fekély van, a melynek közepén a sípcsont csonkvége kiemelkedik. Kórisme: *Kifekélyesedett alszárcsonk.*

Műtét chloroformbódítás közben. Alszárcsonkítás. Csontképlő műtét Gleich módszere szerint, a midőn a csont és a csonthártya-

lebenyt a sípcsont elülső felszínéből készítjük, a lebenyt csonthártyavarratokkal rögzítjük a sípcsontokhoz és a szárcapocshoz. A csontlebeny hosszúdad keskenyedő ferdény. Bőrvarrat. Gyógyulás elsődleges. A későbbi észlelés alatt két kölesnyi csonttörmelék lökődik ki. A csontot fürösztetjük, masszáljuk. A beteggel támaszkodási gyakorlatokat végeztetünk.

Az I. esetben csupán a csontképlésre lehattunk tekintettel, mivel attól el kellett állanunk, hogy a heges bőrlebenyt a hajlító oldal felől pótolhassuk s ekkép jól kipárnázott lebenynyel fedhessük a csontot. Az utókezelésnél hasonlóan nem vehettük igénybe a Hirsch-féle eljárást, mert a helyenként heges lebenyt nem lehetett mozgóvá tenni. A hegek a támaszkodási felszín két oldalára jutottak s ekkép nem akadályozták meg azt, hogy a beteg csonkját jól ne használhassa.

A mellékelt Röntgen-kép (1. ábra) szerint, a melyet az oldalsík felől készítettünk, a térdkalács kissé szárnyal. Egyúttal azonban azt is látjuk, hogy a csonthege a térdkalácsot a műtét utáni 21-dik napon összeköti a czombcsonkijával. Ha nem féltünk volna attól, hogy a térdkalács kifejtése alkalmával átlukasztjuk azt a bőrt, a mely a csont felé kerül, úgy a térdkalácsot külön kikészítettük volna s azt csont vagy csonthártyavarrattal rögzítettük volna, hanem a jelzett körülmények miatt nekünk erről le kellett mondanunk, a minek az volt a következménye, hogy

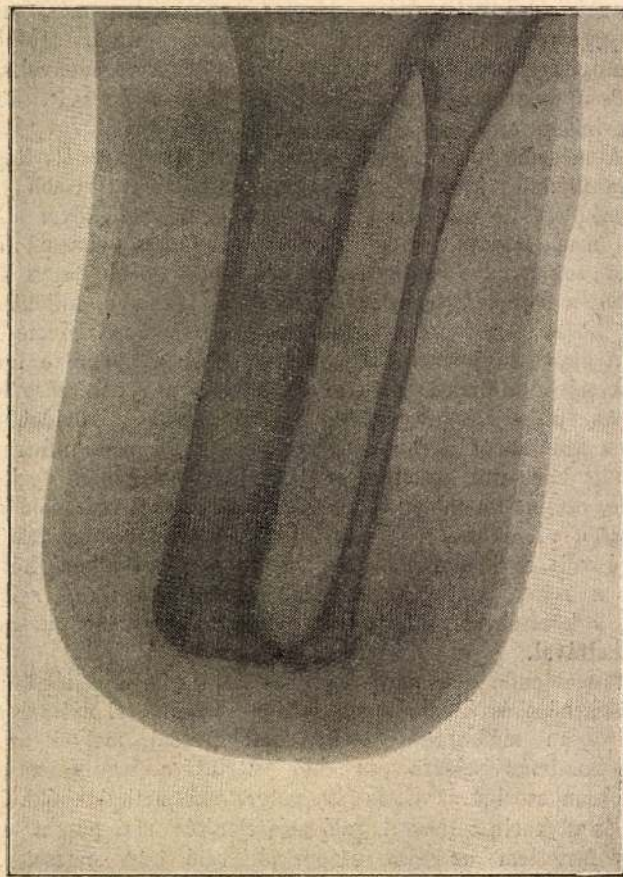


1. ábra.

a négyfejű izom ina a térdkalácsot kissé felhúzza. Hanem, hogy ennek dacára a műtét eredménye mégis jó, azt annak köszönhetjük, hogy a térdkalácsot jó csonthege tapasztja a czombcsonkijához. Az a Röntgen-kép, a melyet a homloksík irányából készítettünk, semmi rendellenességet sem mutat.

A II. esetben az új csonkítást talán úgy is végezhetjük volna, hogy az alszár csonkjairól letolva a lágyrészeket, a csontokból annyit fürészeltünk le, a mennyi arra szükséges, hogy a csontot a visszamaradó lágyrészekkel befedhessük. Igénybe vehettük volna Bier első módszerét is, a mely esetben a csonkvéget átültetett bőrrel kellett volna befednünk. Ez esetben mi a Gleich-féle csontképlő műtési módot alkalmaztuk, módosításunk legfeljebb annyiban állott, hogy a *csontlebeny czéljaira a sípcsont élét is felhasználtuk*, mint a hová a csonthártya erősebben tapad s ekkép a kifürészelt csontnak erősebb támasztéka van; azonkívül a csontot olyanná faragtuk, hogy szélesebb része a sípcsont fürészelési felszínét érje, keskenyedő része pedig a szárcapocst fedje, az-

az alakja egy ferdényhez hasonlítson. A csonthátyavarrat helyben tartotta a csontlemezt, feladatát teljesítette, úgy mint azt a mellékelt Röntgen-kép mutatja. (2. ábra.) A csontot fűrészeltük, massáltuk,



2. ábra.

alakja megmaradt, a csontot fedő bőrleány meglehetősen mozgékony, úgy hogy a csont ez esetben is támaszkodásra alkalmas.

Két esetünket annak a bizonyosságul közöljük, hogy a csontképlő műtétekkel, úgy az alszár-, mint a czombcsontkítáznál, ha azt alkalmas utókezeléssel összekötjük, támaszkodásra alkalmas csontot készíthetünk.

Irodalom. 1. Bier: Über plastische Bildung tragfähiger Stümpfe nach Unterschenkel-Amputation. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 34. — 2. Gleich: Beitrag zur Bildung tragfähiger Amputations-Stümpfe. Wien. klin. Wochschr. 1894. — 3. Bier: Weitere Mittheilungen über tragfähige Amputations-Stümpfe. Arch. f. klin. Chir. Bd. 50. — 4. Hirsch: Erzielung tragfähiger Stümpfe durch Nachbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. 1899. — 5. Donhoff: Közkórházi orvostársulat. 1900.

A pesti izr. hitközség kórházának rendeléséből bőrbajosok számára és belgyógyászati osztályának laboratoriumából.¹

Miként gyógyítja a kénese a syphilit?

Justus Jakob dr. kórházi rendelő orvostól.

A kénese specifikus gyógyító hatásának mibenléte nemcsak tudományosan, de egyszersmind gyakorlatilag is nagy jelentőségű kérdés, és már számos magyarázó törekvésnek volt kútforrása. Talán a legrégebbi theoria, a melynek azonban még az 1892-diki Bécsben székelt XII. nemzetközi congressuson *Scarenzio* is szószólója volt, a nagy mirigyes szerveknek a higany által fokozott működésében igyekszik a syphilis gyógyítás kulcsát felkeresni. Eme nagy mirigyes szervek erősebb tevékenysége szabádtaná meg a kóros anyagoktól a szervezetet.

¹ E dolgozat-sorozat, melynek jelen közlemény első részét képezi, még néhai *Schwimmer* professor assistense gyanánt a bőrkórtani klinika laboratoriumában kezdetem meg 1897-ben. Az 1898-diki éven át a fővárosi bakteriologiai intézetben folytattam a szt. István-kórház bőrbeteg-osztályáról nyert anyagot. Az említett intézet ekkori vezetőjének *Nékám* magántanár, valamint *Róna* professor úrnak szívességüket őszintén köszönöm.

Boerhave és korának számos más tudósa szerint a kénese hatása tisztán mechanikus. A higany a vérbe hatol a vírus nyomaiba, azt ott meggyengíti, elroncsolja és végül alkalmatossá teszi a kiküszöbölésre. A ki ezt a magyarázó kísérletet elolvassa, kénytelen *Merget*-nek¹ igazat adni, a ki „*explication fantaisiste*”-nek mondja.

Mialhe, *Voit* és *Overbeck*, továbbá *Blomberg* theoriái szerint a kénese gyógyító hatásának megfejtése ugyancsak a syphilis vírusának elroncsolásában rejlik. A higany a szövetekben a chloralbuminokkal, avagy az oxydalbuminokkal egyesül és minthogy a syphilis vírusa szintén albuminoid-anyagokból áll, ezzel is vegyi összeköttetésbe lép, minek következtében az többé vagy kevésbé beható elváltozást szenved és elveszti virulens tulajdonságait. *Merget* megjegyzése megint találó, a mikor azt mondja, hogy ez a magyarázat tisztán csak speculatio, a melynek igazolására semminemű argumentumot nem lehet találni.

Azonban a *Merget* által felállított hypothesis alapjai sem biztosabbak. Körülményesen igyekszik bizonyítani, hogy a kénese vegyületek a szervezetbe való jutásuk után szín-higanynyá redukáltatnak és mint higanygőzök a szervezet minden részét átjárják. Mivel pedig beigazolt tétel, hogy mindennemű élő lényre nézve a higanygőzök káros, sőt halálos hatást gyakorolnak, gyógyító képességük úgy magyarázható, hogy a syphilis eleven vírusát a szervezetben előlik és így a kórokozó ártalmatlanná tételével a kóros folyamat visszafejlődését lehetővé teszik.

Elmondottam röviden azokat a theoriákat, a melyeket felállítottak azzal a czéllal, hogy a kénese gyógyító hatását a syphilis okozta jelenségekre megmagyarázzák. Elfogulatlanul bírálván őket, igazán nem lehet mást tennünk, mint esatlakozni *Nothnagel*-nek és *Rossbach*-nak pharmacologiájukban foglalt kijelentéséhez, hogy a kénese gyógyító hatását megmagyarázni nem tudjuk, vagy miként ők mondják: „*Thatsächliches über die Art der Einwirkung des Quecksilbers auf den syphilitischen Process ist nicht bekannt.*”

A mikor nem lehet előzetes munkálatokra támaszkodni, az egyetlen út, melyen haladhatunk, az elemi jelenségek újlagos elfogulatlan szemlélete lesz, hogy a kérdés újabb, helyesebb feltételével, a megoldásra is újabb módszereket vagy eljárásokat vehessünk igénybe. A mikor a syphilis gyógyulásáról beszélünk, minden dermatologus szeme előtt a syphilis látható jelenségeinek a specifikus kúra folyamán szemmel észlelhető viselkedése lebeg. A mikor a syphilises roseola elhalványodik, a papula lelapul, színében változik, a bőr szintjébe vissza süllyed, úgy ezt valamennyien a kénese hatásának tudjuk be. Mi történik ilyenkor az illető kivirágzással? Vizsgáljuk előbb egész röviden, mi alkotja az ilyen kivirágzásokat és hogy miként változnak el a fajlagos gyógyítás folyamában mindaddig, míg végre — legalább a pusztá szemre nézve — eltűnnek.

A syphilis secundaer korszakából származó két legjellegzetesebb kivirágzást tettem különös tanulmány tárgyává. Első sorban a syphilises papulát, másodsorban ennek egyik válfaját, a széles condylomát. Mindakettő a tiszta syphilises kivirágzásoknak típusát képezi, az előbbi a köztakarón, az utóbbi pedig a nyálkahártyán jelenvén meg, a székhelyet képező szövet különféleségének behatását is észlelni engedi.

A syphilises papula mikroszkop alatt borsónyi, lencsényi, sőt ennél nagyobb infiltratumot képez, mely terjedelme szerint 10—30 bőr papillát foglal el. Ha az epithel felől haladunk a metszet vizsgálatában a subcutis felé, úgy azt látjuk, hogy az epithel lécek a sejttömegek révén összenyomottak, lelapultak. A papillák legfelsőbb részében több vagy kevesebb megvastagodott és elágazó kötőszöveti sejttel találkozunk, a capillarisok tágultak, falukban az endothel duzzadt, erősen festhető; magva a rendesnél nagyobb. A nyirokerek tágultak. Még előbbre haladva, a subpapillaris réteget a különböző alakú és nagyságú sejteknek sűrű tömege foglalja el, a mely sejtek általában véve erősen festhetők.

Ha még lejjebb megyünk a subcutis felé, úgy erősen tágult vénákat és kicsi arteriákat találunk, melyeknek fala megvastagodott, a bélelő sejtek erősen duzzadtak, kiemelkedő magvúak s melyek

¹ A. Merget: Mercure, Bordeaux, Feret et fils, libraires-éditeurs, 1894.

körül az Unna¹ által először leírt plasmasejteknek vaskos csoportosulása található. Ezeket a plasmasejteket kell a syphilises papula legjellegzetesebb alkat elemének tekintenünk.

Még ott is, hol számos duzzadt kötőszöveti sejttel vannak keverve, a plasmasejteket uralja a görcsövi kép. Ezek a plasmasejtek nem egészen egyformák.

A legtöbbje erősen festődő, oldalt ülő magot és sűrűn berakott, durva, vaskos, polychrom methylenkével sötétkékre festődő szemcséket tartalmaz. Alakjuk többé-kevésbé kerek. Azonban ezek mellett, különösen a sejtesoportosulások széli részén kissé hosszúkas alakú, világosabbra festődő, erősebb nagyításnál a sejtplasmában hálót mutató sejteket is találunk, a melyeket Unna „aufgehellte Plasmazelle“-nek mond. A kollagen és elastikus kötőszövet ott, a hol a sejtesoportosulás legnagyobb, jóformán teljesen hiányzik. Van oly készítményem is, a melyiken igen szépen észlelhető, hogy a kollagen és elastikus rostok közvetlenül a sejtes infiltratum határán mintegy megszakadnak.

A széles condyloma alkotása lényegileg megegyezik a papulával s a metszetek első pillantásra csak abban különböznek, hogy a bőrszemölcsök igen erősen megnyúltak, ennél fogva közül az epithel lécek is nagy mélységekbe bocsátkoznak be, sőt kiszélesednek s el is ágazódhatnak alsó végükön.

A nyirokrések feltűnő módon tágultak. A sejtinfiltratum az erősen lebocsátkozó epithel lécek által számos, majdnem szabályosan egyforma nagyságú részre osztódott és csak a subcutis felé olvad egy tömeggé. A beszűremkedést alkotó sejtek épen olyanok, mint a papulában s egész hasonló módon viselkedik vizsgálataim szerint a rugalmas és kollagen kötőszövet is.

Ime néhány szóval a leggyakoribb syphilises kivirágzások szövettana. Ha tehát az ilyen kivirágzást a fajlagos gyógyítás hatása alatt csökkenni és végül megszűnni látjuk, úgy a kérdést ezen tudásunk alapján már úgy kell feltenni, miként hat a fajlagos gyógyítás a kivirágzásokat alkotó egyes sejtekre és szöveti részekre?

Hogy erre a kérdésre feleletet nyerhessek, a kúra tartamának különböző idejében összesen talán 80 betegről metszettem le többé-kevésbé visszaféjlődő papulákat, illetőleg széles condylomákat s ezeknek az összehasonlító tanulmányozása alapján, továbbá azon leírás alapján, a melyet Unnának „Die Histopathologie der Hautkrankheiten“ című jeles munkájában olvashattam, kísérlettem meg görcsövel követni és megállapítani a visszaféjlődésnek mikéntjét. Az eredmény elegendő már arra, hogy nagy vonásokban meglehetősen tiszta képét tudjam adni a folyamatnak; azonban számos részletet inkább csak jelezni tudok, mintsem demonstrálni.

Egyik betegemnek, körülbelül 20 éves leánynak, nagy ajka belső felületén több négyszög cm.-nyi területet széles condylomás sarjadzás lepett be. Mielőtt az injectio kúrát megkezdtem vele, helyi érzéstelenítés után eme condylomák egy részét kimetszettem, alkoholban fixáltam, celloidinbe ágyaztam s felmetszettem. Mikor a beteg két sublimat-injectiot (à 0.02 gm.) kapott volt, újlag excindáltam a condylomák egy kis részét és hasonlóképen cselekedtem a már erősen lelapult maradék condyloma-csoporttal a hatodik injectio után is. E háromszoros kimetszés által szolgáltatott bőrdarabokkal, illetőleg a belőlük készült metszetekkel, mindenkor teljesen egyöntetűen jártam el úgy, hogy bármilyen festési módot kísérlettem meg, mindig az 1., 2. és 3-dik kimetszésből származot metszeteket egyidőben tettem a festő, színtelenítő folyadékba stb., minék folytán ez eljárásom eredményei egymással pontosan összehasonlíthatók voltak. Első sorban átnézetes kép nyerése végett polychrom methylenkével és közömbös orceinnel festettem oly módon, hogy negyedórái polychrom methylenkében festettem, azután vízben való kimosás után 1% alkoholi kus orcein-oldatban festettem a metszetet. Ez az átnézetes festés az injectio előtt kimetszett praeparatumon azt mutatta, hogy az erősen megnyúlt papillák között a sejtesoportosulás oly sűrű, hogy még kis nagyítással az igen vékony metszeten is alig lehet az egyes sejteket egymástól elválasztani. Eme legsűrűbb helytől kissé távolabb, a sejtinfiltratio különösen az edények mentén mutatkozik oly módon, hogy azokat behátréjezi. A kolla-

gen kötőszövet az infiltratio területén vagy teljesen eltűnt vagy alig észrevehető, vékony, halványan festődő rostokban maradt meg. Erősebb nagyítást használván, az edények körül levő infiltratum nagy magvú, erősen kékre festett sejtekből áll, a melyek felhatolnak a papillák aljáig, keverve töméntelen más, mindenféle nagyságú s a legbizarrabb alakokat mutató, legtöbbször szintén igen erősen kékre festődő sejtekkel. A véredényekkel falzat erősen megvastagodott, endotheliájuk nagyon duzzadt, körülöttük az imént leírt sejtek halom számra találhatók.

A második injectio után nyert metszetben a talált kép még pregnansabbnak látszik. A sejtinfiltratio bár kisebb helyre korlátozódik, de sűrűbbnek tűnik fel. A kötőszövet a sejtek között nem látható, ellenben már gyenge nagyítással látszik, hogy a sok, szabálytalan alakú sejt között töméntelen kisebb-nagyobb, a sejtek közelében vagy azoktól távolabb, különösen az epithel között vezető nyirokutakban fekvő festődött szemese van.

A hatodik injectio után nyert metszetben nyomban feltűnik, hogy a sejtes infiltratio az elsőnek talán a negyedrésszére lecsökkent. Az epithel lécek sokkal egyenletesebbek, rövidebbek, a kollagen kötőszövet ellenben megszaporodott, a sejt infiltratumon mindenütt keresztül húzódik, azt sok, kisebb-nagyobb terjedelmű szigetre osztja, különben is a kötőszövet a subcutis felé sokkal vaskosabb rostokban van meg, a melyek erősebben festődnek. Látható volt, röviden szólva, az, hogy a szövetet alkotó két elem között a sejtes infiltratio mindinkább kevesbedik, a sejt közti anyag, a kötőszövet pedig mindinkább megszaporodik a gyógyulás haladtával.

Megoldandó már most az a kérdés, hogy a sejtes infiltratio megcsökkenése és kiveszése mi módon történik. E czélból a metszetet olyan módszerek szerint kell festeni, melyek az egyes sejtek tanulmányozására ez idő szerint a legalkalmasabbak. Tudomásom szerint az Unna-féle polychrom methylenkével való festés és glicerín-aetherrel való színtelenítés mai nap a legjobb. Ha így festettem az első csoportból való egy metszetet, úgy már kis nagyításra az egész látóképet jóformán betöltötték az egymáshoz sűrűn sorakozott, erősen kékre festődött sejtek, csak a metszet széle felé vált csoportosulásuk ritkábbá, a hol hosszú, nyilvánvalólag a vénáknak és arteriáknak lefutását követő hatalmas sejtsorok mutatkoznak. Közepes nagyítással már jól észrevehető, hogy az Unna által leírt tipikus plasma sejtek képezik az edényeket körülvevő sejthalmazoknak legnagyobb részét. Itt-ott azonban már kezdődő óriási sejtekké olvadtak össze s az egyes sejtesoportok között erősen duzzadt magvú szemcsékkel tele rakott, számos hízott kötőszöveti sejt is találunk. Ott, ahol a subpapillaris rétegben az infiltratum legnagyobb, az egyes sejtek között számos alakatlan szemcsét és sok mindenféle bizarr alakot mutató vándor leukocytákat is láthatunk. Immersio nagyításra a legtöbb sejt tipikus plasmasejtnek látszik, oldalt fekvő, erősen festődő maggal és igen sok, sűrűen egymás mellé helyezett különböző nagyságú durva szemcsével. Eme sejteken kívül, köztük elszórva, esekély számban, tányér-alakú vagy kissé hosszúkas, egészen világos, éles határu sejtek látszanak, a melyekben sokkal kevesebb az erősen kékre festődő szemese s a melyek azt a benyomást teszik, mintha megüresedtek, szemcséiket vesztett, nagy plasmasejtek volnának. Ott a hol az infiltratum igen sűrű, a plasmasejtek egymásra való nyomásuk következtében nem kerekalakúak, hanem szögletesek, ellapultak; köztük leukocyták és itt-ott szemcsék, melyek többé-kevésbé halványak, jól láthatók.

A második seriesből származó metszet már közepes nagyításnál eléggé mutatja, hogy a sejtek általában véve kevésbé festődöttek, mint az injectio előtt. Az egyes sejtek már az első pillantásra sincsenek úgy megtöltve durva sötétké régekké és szemcsékkel, mint az előbbi képben; maga az infiltratum azonban nem csökkent, sőt az első pillantásra talán még sűrűbbnek látszik. Ha immersioval vizsgáljuk a képet, úgy nyomban szembeötlő, hogy a plasmasejtek nagyok, egyenlőtlenül vannak festve. Vannak olyanok, a melyek még oly erősen sötétek és festettek, mint az előbbi metszetben, de legnagyobb részükben a szemcsék erősen megritkultak, sőt találunk már olyanokat is, a melyek majdnem egészen kiürültek, úgy hogy csak a sejt contourja és egy vékony sűrűszemű háló, mely kékre festődött, maradt meg;

¹ Histopathologie der Hautkrankheiten.

ellenben sokkal nagyobb mennyiségben látjuk az előbb leírt, felvilágosodott plasmasejteket, sőt az is észrevehető, hogy ezek most inkább nyúlványokat bocsátanak mindenfelé, a mi által teljesen elérik azt az alakot, a melyet szárnyas sejteknek neveznek a histologusok. Ott, hol az infiltratum legsűrűbb, különösen pedig a papillaris rétegben, tömémenten apró, mindenféle alakú festődött szemese borítja el a látóteret. Hogy kétség ne foroghasson fenn arra nézve, hogy ezek a szemcsék tényleg a sejtekből származnak, azokból ürültek ki: akárhol észrevehető, hogy a plasmasejtek egy része felvilágosodott, festődő anyagát elvesztette és mellette hever kisebb-nagyobb partikulákban elszórva a kékre festődő bennük.

A harmadik seriesből (a VI. injectio után) származó metasztetben már jól kifejlődött plasmasejt igen kevés található, a kiürülésből származó szemcsék is nagyon megfogytak, ellenben a szárnyas sejtek rendkívüli módon megsaporodtak, itt-ott látszik, hogy nyúlványaik egymásfelé érnek, sőt találkoznak is. Különösen a subcutis felé egész sűrűn feküsznek egymás mellett úgy, hogy nézetem szerint elhelyeződésüknek ez irányából a jövő kötőszöveti huzaloknak irányát már előre meg lehet állapítani.

Az edények, a melyek előbb nem igen látszóttak a sejteknek halmazai közt, most sokkal inkább előtűnnek, faluk azonban jelentékenyen vékonyabb lett, körülöttük a sejtinfiltratio jóformán egészen eltűnt, csak az erősen duzzadt, de szintén világossá, majdnem átlátszóvá vált endothelsejtek emlékeztetnek a lefolyt arteritisre.

Összefoglalván már most a leírt képeknek értelmét, azt látjuk, hogy a hatalmas sejtinfiltratum, a mely különböző kvalitású és bizonyára többféle dignitású sejtekből állott, a gyógyulás folyamán megfogyott. A legjellegzetesebb alkotórész, a plasmasejtek olyképen csökkennek meg, hogy az őket sűrűn kitöltő, polychrom methylenkével erősen kékre festődő szemcsék belőlük kilépnek, a nyirkutakba kerülnek és azokban tovább vitetnek.

A szemcséktől megüresedett sejtől pedig az esetek legnagyobb részében kötőszöveti sejthez való fokozatos átmenettel előbb szárnyas, utóbb pedig vékony, hosszú magvú kötőszöveti sejt lesz. Az infiltratumot képező többi sejteknek a sorsát ily pontosan nem tudom elmondani, azonban úgy látszik, hogy ott is a sejt festődő képességének szemcsékiürülés által való elvesztése játszsza a főszerepét. A véredények falában az erősen duzzadt peries endothelsejtekben ugyancsak azt a folyamatot látjuk, mint a plasmasejtekben: világosodnak, kisebbednek, míg a rendes térfogatukra súlyednek.

Az imént leírt elváltozásoknak, a melyeket itt nyomról nyomra göröszölve követtünk, az illető kivirágzás klinikai magatartásában is, magától értetődőleg, kifejezésre kell jutniok.

Ismeretes, hogy a higanyos kezelés folyamán a papulák középtűt besülyednek, hámlanak, fokozatosan lelapulnak, végül a bőr szintjére visszasülyednek; a széles condylomák nedvedzeni megszűnván, szintén lelapulnak, behámosodnak s lassanként lecsökkennek addig, a míg helyüket sem lehet a nyálkahártyán felismerni.

(Folytatása következik.)

Idegen test az uvulán.

Közlő: Fried Aladár dr., tb. megyei főorvos.

Alább leírandó eset, ha orvosirodalmi vagy therapiiai tekintetben nem is bir különös érdekléssel, azon tanulság mégis vonható belőle, miszerint sokszor igen csekély s könnyen elhárítható okok nagy kellemetlenséget okoznak a betegnek, az orvost zavarba hozzák, ha nem vagyunk elég körültekintők a beteg megvizsgálásában.

W. M. 49 éves egyén előadja, hogy négy nap óta folytonos hányásingere van, mely már teljesen elgyengítette. Bajának keletkezését úgy magyarázza, hogy pár nap előtt szilvát evett közvetlen a fáról szakítva azt s utána mindjárt fájdalmat érzett torkában, mely állandóan erősödött.

Már ötödnapja csak folyékony táplálékkal él, de ebből is csak igen keveset vesz magához, mivel a nyelési mozgások azonnal kiváltják a rettegett hányást. Az eddig orvosilag rendelt gyógyszerek-

től rövid időre enyhülni látszott baja, hogy azután annál hevesebben visszatérjen.

Az egyén garatját akarva megvizsgálni, azonnal a leghevesebb öklöndözés és hányásinger vett rajta erőt s így a garat inspectioja csak erős cocain-anaesthesia mellett volt kivihető, a midőn a következő elváltozásokat állapítottam meg: Az uvula kis ujjnyi vastag, tetemesen meghosszabbodott, úgy hogy állandóan érinti a nyelvgyököt s az inyitorlával együtt igen hyperaemikus.

Az uvula alsó részén, illetve csúcsához közel, a mellső felületen, vonalnyi vékonyságú, körülbelül egy centimeter hosszú feketés-barna képlet látható, mely idegen test benyomását kelti.

A beteg által említett szilvaevésre emlékezve, vékony fakéregrésztlet beékelődésére gondoltam s hozzáfogtam annak eltávolításához, vattagomolylyal akarva azt enyhén lesímitani.

Ezen eljárással nem értem célzt, csupán arról győződtem meg, hogy az említett idegen test csúcsával van beékelődve, többi része szabadon mozgatható.

Ezután egy elég hosszú irisepővel a beékelődött rész alá nyultam s ügyelve, nehogy elszakadjon, sikerült azt in toto eltávolítani egy jókora hangya képében, mely aránylag erősen fűródott a nyelvcsapba, a hova nyilvánvalólag a már többször említett szilvaszem közvetítésével jutott.

A betegnek az eltávolítás után is volt hányingere, mely azonban chlorkalival eszközölt garatöblítésre s a nyak körül alkalmazott hideg borításokra 24 óra alatt teljesen megszűnt s a garatbeli képletek is visszanyerték normalis küllemüket.

Közlemény az elme- és idegkórtani klinikából. (Igazgató Laufenauer Károly ny. r. tanár.)

Kimutatás az elme- és idegkórtani ambulantiának 1900. évi működéséről.

Közlő: Hudovernig Károly dr. II. tanársegéd.

Az elme- és idegkórtani ambulantiának 1900. évi anyaga — 13,852 főnyi összforgalom mellett — következőleg oszlik meg:

Ujjonnan jelentkező beteg	2466
Ismételten	3033
Kezelés (villanyozás, hypnosis stb.)	8353

Az összforgalom az 1899-diki 12,495-nyi forgalomhoz képest 1357-tel nagyobbodott és az egyes hónapokra való elosztása a következő:

Január	1232 = 8.89%
Február	1093 = 7.46%
Márczius	1225 = 8.87%
Április	1055 = 7.18%
Május	1350 = 11.18%
Június	1220 = 8.86%
Július	1174 = 8.47%
Augusztus	952 = 6.86%
Szeptember	960 = 6.88%
Október	1276 = 9.21%
November	1238 = 8.90%
December	1077 = 7.24%

Míg tehát 1154 főnyi átlagos havi forgalom mellett tíz hónap forgalma ezen szám körül forog, addig csupán augusztus és szeptember hónapok mutatnak tetemes hanyatlást; magyarázata ennek abban kereshető, hogy e hónapokban a vidéki betegek sokkal kisebb számban jelentkeztek, mint ez az ambulans-naplóból kiviláglik.

Mint az összforgalom, úgy az új betegek száma is emelkedést mutat a megelőző évhez képest. Míg 1899-ben 2334 beteg jelentkezett első orvosi consultatio céljából, addig ezek száma 1900-ban 2466-ra, vagyis 132-vel emelkedett.

Hogy az ambulans beteganyag a neurológiai és psychiatriai kórosatoknak pontos s megbízható képét nyújtja, mindenekelőtt a legnagyobb szigorral levonandók mindama megbetegedések, melyek nem tartoznak az ideg- és elmebetegségek keretébe, jöllehet ezeknek nagy része ambulantiánkon kapott orvosi tanácsot. Ezen esetek száma 470, vagyis 19.05%-a az újonnan jelentkezett betegeknek; köztük 291 esettel legelőbb állanak a belbetegségek,

beleértve az összes rheumás megbetegedéseket is, a rheumás eredetű fejfájás kivételével.

Az elmebetegségek 197 esettel, vagyis 7·98%-kal szerepelnek s az egyes kóralakok előfordulását a következő táblázat mutatja:

Búskomorság	7 eset
Dühösség	2 "
Circularis elmezavar	1 "
Heveny zavartság	10 "
Gyermekági elmezavar	6 "
Idült tébolyodottság	22 "
Hysteriás elmezavar	13 "
Neurastheniás "	5 "
Epilepsiás "	8 "
Terjedő hűdéses elmezavar	90 "
Aggkori elmezavar	10 "
Veszületett butaság	16 "
Alkoholos elmezavar	7 "

A terjedő hűdéses elmezavarnak rendkívüli elterjedtségét ezen összeállítás is mutatja, midőn az ambulanter észlelt elmebetegségek 45·69%-a esik e kóralakra. Legnagyobb része a paralytikusoknak a betegség rendkívül előrehaladott stadiumában lett klinikánkra utasítva, a midőn a pszichiater tanácsa csak a már gyógyíthatatlan beteg tébolydai elhelyezésének ajánlásában állhatott. E sajnálatos jelenség főoka abban rejlik — mint azt az ambulantián szerzett tapasztalatból állíthatom —, hogy e betegség kezdő stadiumában nem lesz felismerve, hanem a beteg részben neurasthenia, részben gyomor-, máj- vagy lépbetegség ellen kezeltek s az elmebetegség lehetőségének gondolata csak akkor merül fel, ha már a szakszerű kezelés sem segíthet a betegen. Távol áll tőlem e miatt a praktizáló collegáknak a legkisebb szemrehányást tennem; nem ismerhetik fel idejekorán e pusztító betegséget, mert nem volt és nincs is alkalmuk e felismerést megtanulhatni. Míg nem lesz az egyetemen elmekörtani klinika megfelelő beteganyaggal, s klinika a medikusok által könnyen hozzáférhető helyen, úgy hogy e klinika látogatását ép oly könnyen eszközölhessék, mint bármely más klinikáét, s végül, míg nem lesz az elmekörtan kötelező tan- és szigorlati tárgy: addig hazai közegészségünk statistikájának legsötétebb pontja lesz a lényegükben véve gyógyítható, de késői felismerésük folytán már nem gyógyítható elmebetegségek ijesztő számaránya.

A fenti táblázatban talán feltűnhetnék az alkoholos eredetű megbetegedések csekély száma; eme csekély szám azonban csak látszólagos, mert ezen összeállításban csak a hevenyebb alkoholos intoxicatiók szerepelnek, mivel a chronikus alkoholmérgezés 46 esete az intoxicatiós neurosisok rovatába soroltatott.

Az idegbetegségek összesen 1799 esetben, vagyis az újonnan jelentkező betegek 72·97%-ában fordultak elő; köztük az ú. n. functionalis idegbetegségek, jelesen a hysteria s neurasthenia ismét a legnagyobb contingenst képezték, az előbbi 627, az utóbbi 301 esettel. E két kóralak tehát összesen 928-szor fordult elő, a mi az idegbetegségeknek 51·58%-át, az összes újonnan jelentkező betegek 37·63%-át teszi. Az egyes kóralakok szerint az idegbetegségek következőleg oszlanak meg.

I. Peripherikus bántalmak.

a) Idegmebetegedések.

Neuralgia nervi trigemini	41 eset
" " occipitalis	5 "
" plexus brachialis	2 "
" nervi ulnaris	1 "
" " cruralis	1 "
Ischias	29 "
Tic convulsif	11 "
Torticollis	3 "
Glossopharyngeus hűdés	1 "
Facialis hűdés	41 "
Nerv. thoracicus long. hűdés	1 "
Radialis hűdés	5 "
Brachial-neuritis	11 "
Polynuritis	9 "
Írógöres	9 "

Zongorázógöres	2 eset
Akroparaesthesia	1 "
b) A mozgató apparatus megbetegedései.	
Rheumás fejfájás	56 eset
Myositis	2 "
Atrophia musc. arthropathica	2 "

II. Gerinczagy betegségei.

Meningitis spinalis	1 eset
Pachymeningitis cerv. hypertroph.	3 "
Meningomyelitis	3 "
Myelitis	1 "
Poliomyelitis	2 "
Tabes dorsalis	64 "
Sclerosis lateralis	2 "
Little-féle betegség	2 "
Combinált rendszermebetegedés	3 "
Gumma spinale	2 "
Paraplegia szenilis (Gowers)	1 "

III. Agyvelő betegségei.

Meningitis chronica	4 eset
Agyvérzés	22 "
Athetosis posthemiplegica	1 "
Endoarteritis cerebialis	31 "
Encephalitis	7 "
Encephalitikus eredetű beszédzavarok	18 "
Hemiplegia infantilis spastica	5 "
Polioccephalitis chronica superior	1 "
Agyrázkódás	3 "
Agydaganat	8 "
Agygumma	5 "
Agysyphilis	20 "
Menière-féle betegség	7 "
Bulbaerparalysis	1 "
Sclerosis polyinsularis	14 "
Epilepsia	126 "

IV. Vasomotorikus és trophikus zavarok.

Hemikrania	76 eset
Egyéb reflectorikus fejfájás	62 "
Hemiatrophia facialis	1 "
Basedow-féle betegség	10 "
Herpes zooster	1 "

V. Intoxicatiós neurosisok

Chronikus alkoholmérgezés	46 eset
" ólommérgezés	3 "
" morphiummérgezés	1 "

VI. Functionalis idegbetegségek

Chorea minor	30 eset
" paralytica	1 "
" chronica	2 "
Hysteria	627 "
Neurasthenia	301 "
Neurosis traumatica	10 "
Paralysis agitans	8 "
Paramyoclonus multiplex	1 "
Tetania	9 "
Maladie des ties	3 "
Insomnia nervosa	3 "
Tremor essentialis	3 "
Különféle vertigo	12 "

* * *

Jelen kimutatással kapcsolatosan néhány ambulanter észlelt érdekesebb kóresetet óhajtok röviden ismertetni.

I. A legérdekesebb esetek egyike egy 14 éves fiúnál észlelt *hysteriás monoplegia*. B. V. 14 éves, napszámos fia, kinek egy bátyja fogzási eclampsiaiban szenvedett, 1900. októberig egészséges volt. Csak 2—3 hónappal megelőzőleg égető jellegű bitemporalis fejfájásban s az étkezéstől függetlenül fellépő gyomorfájdalmakban szenvedett. Október 5-dikén megbotlott az utcán, baloldalára esett s vállát, valamint a bal kéz mutatóujját megütötte.

Az eséstől rendkívül megijedt, sírva s egész testén remegve tért haza, azonban fájdalomról nem panaszkodott, csak bal karját érezte kissé nehéznek. E nehézség érzése rohamosan fokozódott s ezzel párhuzamosan óráról órára kevésbé tudta karját mozgatni s két nap múlva e végtagnak minden activ mozgása lehetetlen volt; karja tehetetlenül lógott le s csak jobb kezével bírta azt más helyzetbe hozni. Ambulantiánkon november hó végén jelentkezett, bal karja addig kenőcsökkel s bepólyázással kezeltetett.

Objectiv vizsgálatnál bal karját active absolute nem tudta mozgatni, passive azonban teljes szabadon volt mozgatható, azt minden legkisebb ellentállás nélkül bármely physiologikus helyzetbe lehetett hozni. A bénult végtag valóságos flexibilitas cerea képét nyújtotta: minden positioba volt hozható s ebben megmaradt addig, míg e helyzetet vagy a vizsgáló vagy a beteg jobb kezével meg nem változtatta. Érdekesen tűnt fel e flexibilitas akkor, ha beteg kabátját levette: bal karját ekkor mereven tartotta kinyújtva, hátra s lefelé. Már első megtekintésnél is feltűnt a bal kar soványabb volta; pontos méretek:

felkar, közepén	jobboldalt 17.4 cm., baloldalt 16.4 cm.
alkar 2 cm. könyök alatt	" 19.0 " " 18.0 "
" 2 cm. kéztő felett	" 13.6 " " 13.1 "

Ezenkívül térfogatesökkenést mutattak a jobb oldalhoz képest a bal thenar, hypothenar és interosseusok is. A bal kar bőre hűvösebb, mint a jobb karé, legfeltűnőbb e különbség az alkaron. Pupillái egyenlőek; jól reagálnak; szemmozgásai szabadok, nyelve nem remeg; térdreflexek egyenlők, fokozottak, patella felett is kiválthatók; a felső végtag reflexei (triceps-, csontthártyareflex) ugyancsak fokozottak, mindkét oldalon egyenlők. Elfajulási reactionnak nyoma sincsen; az ingerlékenység a bal karon minimalisan csökkent.

A bőrérzés vizsgálata — eltekintve a bal kartól — baloldali hypaesthesia s hypalgesia képét mutatja, mely hypaesthesia kiterjed a szájnyalakhártjának s nyelvnek bal felére, továbbá a bal orrnyílás nyálkahártyájára s a bal conjunctivára is. A hőérzés rendes mindkét oldalon, csak a jelzés baloldali érintéseknél késik. Érdekesen alakulnak a bőrérzési viszonyok a bal felső végtagon: A bal testfelre kiterjedő hypaesthesia s hypalgesia a bal felkaron is található a deltoideus tapadásának magasságáig. Innen distál felé következik egy nagyobb fokú hypaesthesiának s hypalgesiának zónája; ezen érzéscsökkenés kisebb a hajlítói, mint a feszítői oldalon, alsó határa körülbelül 2 cm.-rel a könyökizület felett van. Innen lefelé a felkar fenmaradó részén, az alkaron és kézen teljes anaesthesia s analgesia található. A bőrérzés csökkenésével párhuzamosan halad a hőérzés csökkenése is s az anaesthesiás részekben teljes a thermoanaesthesia. Izomérzés az egész testen jól megtartott, kivéve a bal felső végtagot, melynek helyzetét beteg nem tudja megítélni; súlyérzés bal karon hiányzik, ép így a bal kézben a stereognostikus érzés is.

Az érzék szervek közül a szaglás, izlés s hallás a bal oldalon nagyfokú csökkenést mutatnak. Bal szemem úgy a szín látás, mind a látás csökkentek. Fényérzés jó a bal szemem is, de ujjakat csak 125 cm.-re olvas; a színeket a következő sorrendben ismeri fel bal szemével: sárgát 81 cm.-re, pirosat 77 cm.-re, zöldet 72 cm.-re, kékét és ibolyát 59 cm.-re; biztosan csak 25 cm.-en alul különbözteti meg a színeket, ennél nagyobb távolságra azokat még felelőre. Látóterek mindkét oldalon mutatnak concentrikus szűkületet, sectorszerű kieséssel egyes színekben; nagyobb fokú e szűkület a bal szemem, nevezetesen a színes látótérrel illetőleg, melyek közül legnagyobb a pirosé, de ez nem haladja meg a 140°-ot, míg a kékszíni 70°-nál kisebb.

A fellépésnek módja, a bénulás caractere, az elfajulási reactio hiánya, a hysteriás stigmák jelenléte s az anaesthesiának manchetteszerű elhelyezése minden kétség nélkül igazolják a hysteriás monoplegia diagnózisát. A különben is érdekes esetet érdekesebbé teszi a manchetteszerű anaesthesia kiterjedése; mert míg rendesen az anaesthesia nagyobb kiterjedésű, mint a bénulás s az egész kar bénulásánál az anaesthesia kiterjed a vállövre is: jelen esetben ennek éppen ellenkezőjét találjuk, azaz az anaesthesiás manchette az egész kar bénulása mellett csak olyan nagy, mint az hysteriás alkarbénulásnál szokott lenni. Jóllehet a beteg fogékonyak látszott a suggestiv therapiával szemben, a kezelés sikeres voltáról nem számolhatok be, mert a beteg két nap múlva elhagyta Budapestet.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

† Pettenkofer Miksa tanár.

(1818—1901.)

Milyen tragikus sors!

Az a lánglélek, a ki új világot gyújtott a tudománynak, az önálló, tudományos hygiene világát, — a ki munkásságával milliók életét mentette és menti meg a kora haláltól: most kioltja saját kezével, elveti saját életét.

A lapok hire szerint „búskomorságból“ agyonlőtte magát e hó 10-dikén, délelőtt.

Majdnem regénybe való az élete folyása.

Szegény vidéki kis gazdának a fia. Lichtenheimban született, Bajorországban, 1818-ban. Gazdag nagybátyja, müncheni udvari gyógyszerész, magához veszi, iskoláztatja, gyógyszerészsé akarja nevelni, beállítja mint tanult a gyógyszerárba. Lelke lázad az aprólékos munka ellen; nagyobb, többet akar és — beáll színésznek. Félévig hiszi, hogy megtalálta élete ideálját a színészetben, a mikor unokanővéreben, Pettenkofer Helénben, újabb ideált talált, még pedig igazabbat, állandóbbat, mint a színészetben. A nő megígérte, hogy az övé lesz, ha újra „tisztességes emberré“ válik. Pár év múlva (1843.) Pettenkofer egyszerre két diplomát mutat be menyasszonyának: gyógyszerészt és orvost.

Es elvette az okos Helént, a ki életének öröme maradt. Vele együtt járt itt Budapesten, 1881. szeptemberben és mindketten elragadtatva gyönyörködtek a „Hungaria“ erkélyéről fővárosunk csodaszép panorámájában. Alig akartak innét Bécsbe menni, a hol a német egészségügyi és egészségügyi technikai congressus várt a nagy tudóra. Bécsben nyíltan beszélt mindkettő, hogy soha, sehol nem érezték oly jól magukat, mint Budapesten. A congressusokon mindenütt együtt jelentek meg s a mikor az érdemes nő, a tudós életének jóra irányítója, a nyolczvanas évek végén meghalt, reszkető szívvel és remegő kézzel írta meg Pettenkofer az ismerőseinek a szerencsétlenségét. Búskomorsága ezen időtől kezdődött.

Mint fiatal orvos Liebig laboratóriumába került Giessenbe. Alig volt akkoron nagyobb hírű, fényesebb nevű tudós Németországnak, mint ez az éles eszű vegyész, a ki tudományának új irányt, új feladatot teremtett: az életre, a közjóra, a gazdaságra alkalmazását a chemiának. Azt a szikrát, a mely Pettenkofert vizsgálódásokra, felfedezésekre s tudományának az élet céljaira áldozására serkentette, az a nagy mester lobbanthatta fel a fiatal tudós lelkében.

Eleinte chemiai munkákkal foglalkozik s felfedezi az epe festőanyagának máig is róla elnevezett kémlelés módját. A müncheni orvosi facultás pártolja, orvos-chemiai rk. tanárrá kívánja kineveztetni, más jó barátai azonban még jobb állást szereznek neki. A királyi pénzverőnek lesz chemikus. Ez állásában felfedezi az üvegnek antik-bibor festését, a miért a művészkirály, I. Lajos, azonnal professorává akarja tenni. Valóban, 1847-ben az orvosi chemia rendkívüli tanárává nevezik ki s előadásokat tart a diaetetikáról, a levegőről, vízről, ruházatról, élelmi szerekéről.

Mily keveset tudott mindezekről az életre annyira fontos dolgokról az orvosi tudomány akkoron! A mihez hozzányúlt Pettenkofer az ő chemiailag iskolázott eszével, azt megvilágosította, feltárta, felfedezte. A levegővel kezd. Felfedezi a levegő szén-sava czél-szerű vizsgálati módját. Ennek kapcsán felfedezi a lakások szellőzésének addig elrejtett egyik okát, a természetes légeserét. Majd a mesterséges szellőztetésnek teljesen paragon levő természeti törvényeit vizsgálja, szén-sav elemző módszer segítségével. Azután királyi megbízásból vizsgálja a szellőzést, fűtést a királyi palotában, a vizet a királyi vezetékekben. Nagybátyja halálával pedig megkapja a királyi gyógyszerért lakással együtt a királyi palotában, a melynek immár ő az egészségi felügyelője. 1852-ben már rendes egyetemi tanár.

Volt tanárral együtt búvárkodni kíván a lélekzés chemiája fölött, de ehhez új, drága apparatus kellene! Most Miksa király ad sajátjából 10,000 frtot Pettenkofernek, hogy készíttesse el azt a készüléket. Ismeretes, mennyit nyert tudásunk Pettenkofer és Voit ama vizsgálódásaiból.

De nem ezek a búvárkodásai és felfedezései tették Pettenkofer nevét ismertté az egész művelt világon és munkásságát hasznossá az egész emberiségre nézve. Járóváltási kutatásai tették őt nagygyá, ismertté, áldást hozóvá, és mégis éppen ezek a kutatások lehetnek részesek abban, hogy szívében az utóbbi években a bánat és elégedetlenség oly szeretlenül keserűvé fejlődött.

1854-ben kitört Bajorországban a cholera. Bizottságokat alakítottak tanulmányozására, leküzdésére: gyógyítottak, bonezoltak, kordonokat vontak, nevezetesen pedig a világos eszű belügyminister, Reigersberg gróf, megbízta Pettenkofert tanulmányok, kutatások végezésével s egész hivatalos apparátusát támogatására kötelezte. Vaskos két munkában számolt be (Untersuchungen etc. München, 1855, és Hauptbericht etc. 1857.). Felragadta bennük az ó-görög orvosoknak, a középkeleti hollandi telepítők természettudósainak, a modern Fourcault-nak, Boubée-nak, a mi Schedel-ünknek (Toldy) azt a vélekedését, hogy bizonyos járványos betegségeknek, például éppen a choleraé, a typhusnak járvány-szerű elterjedésére a talajviszonyoknak lényeges befolyásuk van. És mindjárt hangoztatta, hogy e befolyás nem a geologiai viszonyokból, hanem a talajnak szennyezéséből s a szenny bomlására befolyó egyéb körülményekből (a talajnak átjárhatósága, „porosítása“, nyirkossága, a talajvízállás, a talaj hőmérséklete) származik. Ezeknek helyi változandósága s időbeli ingadozása hozza létre a cholera helyi és időbeli ingadozásait.

Megint collegái, a müncheni tanárok méltányolták legelőbb *Pettenkofer* munkáját. *Buhl* azzal támogatta 1865-ben, hogy az általa évek óta bonczolt összes typhushaláleseteket egybeazonosította a *Pettenkofer*-től végzett talajvizmérések adataival s úgy találta, hogy a typhus havi ingadozása csodálatos módon összefügg a talajvíz-ingadozással, mert a süllyedő talajvizet a typhus-esetek szaporodása, az emelkedő talajvizet az esetek fogyása követte nyomon. *Seidl* tanár pedig matematikailag kiszámította eme statisztikai adatokból, hogy a valószínűség, miszerint a talajvíz-ingadozás oki összefüggésben van Münchenben a typhus időbeli elterjedésével, úgy aránylik, mint 1:36,000-hez.

Mindez alig hatott volna az orvosi közvéleményre, ha ki nem tör 1865/66-ban a cholera. Tudomány és társadalom, állam, magyarázatot kért az orvosoktól. Ime itt van az új gondolat: *Pettenkofer* teoriája. Ráműtettek az orvosok.

1867-ben nagy nemzetközi szakértő conferentia gyűlt egybe Weimarban a cholera elterjedésének okai s elhárításának módjai megbeszélésére.¹ Itt szállt először világgá *Pettenkofer* híre. *Pettenkofer* meggyőzte a conferentia legjelesebbjeit s leggondolkodóbb elméit arról, hogy vizsgálódásai komolyak, s következtetései logikusak, tehát nyilván helyes az a teoriája, hogy a cholera (és typhus) helyi és időbeli elterjedésére a talaj helyi viszonyai és ezeknek időbeli változásai lényeges befolyással vannak.

Ezt az úgynevezett *Pettenkofer*-féle talaj-theoriát, vagy mint a kevésbé irodalomismerők, mint inkább egyes modern jelszót elkapók nevezték „talajvíz-theoriát” hangoztatta csaknem minden tudós és laikus, hogy mutassa, hogy immár érti, miért és hogyan terjed a cholera.

Pettenkofer ekkor dicsősége tetőpontjára ért. Az új fejedelem, II. Lajos, már előbb rendes és vizsgálati tárgygyá tette előadott tárgyát, a mely „hygiene” címet nyert² s gyülekezni kezdtek előadásaira Németországból s a külföldről az érdeklődő szakemberek s csodálkozással hallgatták a régi orvosi rendszertől, diatetikától, makrobiotikától olyannyira eltérő, experimentalis irányú előadásokat. Laboratoriuma ekkor még szűk, felszereletlen volt; abban idegenek nem is dolgozhattak. Csak később, miután 1872-ben visszatért a meghívást a bécsi egyetemre, emelt számára hazája nagyobb terjedelmű s gazdag berendezésű új közegészség-tani laboratóriumot.³ Ez az intézet lón mutatója a lassanként majdnem valamennyi egyetemen felállított hygienikus laboratóriumoknak.

A *Pettenkofer*-féle elméletet felragadja immár a tudomány is s a közérdeklődés is. Sokan dicsérték, aláírták, mások több-kevesebb alapos-sággal támadták.

Pettenkofer fíradhatatlan volt véleményének magyarázásában s oltalmazásában. A mikor *Drasche* kétségbe vonja az elmélet helyességét s Krainból citál példákat, melyek ellentmondanak annak, hogy porosus, szenny, nyirkos talaj kell a cholera elterjedéséhez, mert ime itten sziklás kőszegélyeken is uralkodott a cholera: *Pettenkofer* oda utazik s kimutatja, hogy a krajnai cholera községek nem sziklás talajon, de sziklás porosus stb. porladréán épültek. A mikor hasonló ellenvetéseket tesznek Máltát, Gibraltárt, Lyont illetően: útnak indul, s erőlyesen czáfolja az ellenmondókat. Epen ilyen fíradhatatlan, de sőt gyakran szenvedélyes volt az ellentheoria — hogy t. i. a cholera az ivóvíz okozza — támadásában, czáfolásában.

Pettenkofer dicsőségét azonban nem ez a járvány elmélete teszi maradandóvá, nem annak elfogadása avagy megbukása, hanem az az eredmény, mi az elmélet nyomában támadt. *Pettenkofer* hasznossá akarta tenni elméletét a közegészségügy céljaira, azért gyakorlati következtetéseket vont le belőle. Ha Európát, ha az országot, a várost oltalmazni akarják a cholera-tól (és typhustól), meg kell szüntetni a helyi és időbeli dispositiót. Jelszóul állította oda a talaj, a ház, a város tisztaságát. A tisztaságnak főtámaszait: a jó csatornázást s a vízvezetést sürgette.

És akkoron hallgattak tudósok és laikusok, városok, országok a sürgető szóra, mert . . . itt lappangott egyre a cholera. Megindult az óriás mozgalom Európaszerte (a praktikus angoloknál már előbb is megvolt, de most különösen hatalmasan fellendült) a városok, a lakások assanálására. Mindenütt *Pettenkofer* tanácsait hangoztatták; rá hivatkoztak; egyes városok meghívták tanácsadásra, mások népszerű felolvasások tartására, München pedig mindenféle polgári kitüntetéssel ünnepelte. A lakóházak, középületek építése, berendezése, szellőztetése, csatornázása, vízzel ellátása forradalmat ért meg. Orvos, technikus, közigazgatási tisztviselő versengett a *Pettenkofer*-féle tanok megismerésében és követésében. S az eredmény: Európa, az egész művelt világ városainak egészségesebbé és kellemesebbé tétele, assanálása.

Csak az képes ezt az eredményt igazán megbecsülni, a ki ismeri a 30 év előtti Budapest, Bécs, München, Frankfurt, Berlin, Páris stb. nyomorúságos közegészségi és köztisztasági viszonyait s egybeazonosítja a mai állapottal. De a statistika is eléggé meggyőző: a régi híres typhus-epidemiák, cholera-epidemiák rohamosan alábbcsúsztek; Münchenben, Budapestben s egyebütt már nem 200—300-an és többen halnak meg évente 100,000 lakosból typhusban, hanem 8—10-en.

A lakások, városok csodaszzerű assanálódása az utóbbi 30 esz-

¹ E conferentián Magyarországot *Korányi Frigyes* tanár képviselte. Azon idő óta datálódik (tudomásom szerint) a baráti viszony a németek nagy hygienikusa s a mi nagy klinikusunk között.

² E mellett tanítattott, úgy mint nálunk is, az ú. n. orvosi rendszert, de vajon kötelezett minőségben-e, arra nézve nincsen megbízható adatom.

³ A müncheni közegészségügyi intézet 1878-ban nyílt meg. Az új intézet a várossal s a kormánnyal összeköttetésben állott oly módon, hogy a városi és országos közegészségügyi vizsgálatokat (élelmi szer, ivóvíz stb. vizsgálatok) az intézetben végezték.

tendőben nem *Pettenkofer*nek egymagának az érdeme; az angol, a belga hygienikusoknak, *Virchow*nak is és sok másnak van része az érdemben, de az érdem oroszán része, az intellektualis része *Pettenkofer* s ezért marad meg *Pettenkofer* neve örök dicsőségben, mint az emberiség egyik legnagyobb jótévedője.

Pettenkofer teoriáját pedig tovább pártolták, és megtámadták. Majdnem több bajt okoztak a pártolók, a túlhajtók! Félreértés, meg túlhajtás rontották meg *Pettenkofer* tanításának classikus értékét; meg nem értés, a tanításban rejlő gondolatnak mélysége, nehézsége okozta, hogy a közvélemény elfordult tőle, más, könnyebben érthető gondolatban nyugodott meg — egyelőre.

Sokan annyit jegyeztek meg maguknak ama teoriából, hogy a cholera, typhus a „talajvíz ingadozása” kormányozza: ha süllyed a talajvíz, typhus, cholera támad, ha emelkedik, megszűnnek, ki vannak zárva ama betegségek, — és majdnem gyermekes naivsággal regisztráltak minden esetleges és kurtá megfigyelést, a mikor valahol egybeesett a typhus-, cholera- és talajvíz-süllyedéssel, vagy ellenkezőleg nem vágott egybe a két természeti tünenémény. Kevesen gondolták meg, hogy *Pettenkofer* csupán annyit állított, hogy oly helyeken, a melyek (talajviszonyuknál fogva) hajlamosak typhusra, cholera-ra, ama betegségek csirájának behurcolása esetén akkor fog erősebb járvány fejlődhetni, ha a helyi disposition kívül ugyanakkor meg van az időbeli dispositio is. Ezt az időbeli dispositiót pedig befolyásolják bizonyos meteorológiai tényezők: főleg hő és nyirkosság; eső, szárazság, talajvízállás.

A talajvíz ingadozása nem önmagában kormányozza az időbeli hajlandóság kifejlődését; az csak mutatója annak, hogy valamely helyen, valamely időben eső, hőmérséklet, elpárolgás milyen viszonyt teremtenek a föld kérgében. Ezek a viszonyok egyik helyen a cholera és typhus előmozdítására alkalmasabbak akkor, a mikor ottan és miattuk süllyed a talajvíz (ez volt *Pettenkofer* személyes megfigyelései szerint a gyakoribb eset), másik helyen lehet, hogy az emelkedő talajvíz mutatja az alkalmas időt, alkalmas talajbeli nyirkosságot, a betegségek előmozdítására. Azt, hogy egyes helyeken milyen talajvízállás, illetve ingadozás, az igazi mutató arra, hogy ime meg van avagy nincsen meg az időbeli hajlamosság, mindenütt alapos vizsgálódással, megfigyeléssel lehet csupán idővel megállapítani, — úgy mint Münchenben, a hol évtizedeken át hasonlították össze a talajvízállást a typhussal, cholera-val. Ilyen vizsgálódásra valóban sok helyütt hozzáfogtak. Nevezetesen az osztrák-magyar hadsereg közös hadügyministeriuma számos városban rendelte el akkoron a talajvíz rendszeres megfigyelését a kaszánya kútjában.

De alig kezdtek a rendszeres megfigyelésekhez, magából Münchenből jött a még erősebb argumentum a „talajvíz-ingadozás” jelentősége ellen (mindig ezt a részletét *Pettenkofer* tanításának szerették vitatni!). Münchenben tovább ingadozott a talajvíz, úgy mint annak előtte, és ime mégis elmaradt a typhus és cholera epidémiája. A talajvíz hiába süllyedt, nem birt járványt támasztani. Világos az egész *Pettenkofer*-féle theoria bukása.

Pedig ez az élesen figyelő és mélyen gondolkodó tudós már régen magyarázta: ha valamely helyen szűnik, esőkkenik a helyi dispositio, például a talaj tisztulása következtében, jó csatornázás, nagyobb köztisztaság folytán, ott a talajvízi ingadozás, mint az időbeli dispositio óramutatója, tovább fog alkalmas és alkalmatlan időt mutatni, de ezzel typhus, cholera nem fog törődhetni, mert megszűnt számukra a kedvező talajviszony, a helyi dispositio.

A *Pettenkofer*-féle tanításnak voltak azonban túlhajtásai is. Ezeket főleg a nagyon is buzgó tanítványok eszelték ki, de maga a mester is, a vita hevében, néha többet állított a helyi és időbeli dispositio hatalmáról, mint a mennyit róluk bizonyítani tudott, bizonyítani lehetett, és megtagadott oly dolgokat, a miket immár mindenki látott, tapasztalt.

A helyi és időbeli dispositiót a talajban úgy tüntették fel, mint specifikus és elkerülhetetlen feltételt a typhus illetve cholera járványos kifejlődésének. A cholera feltételezett csirájának szerintük specifikus változáson kell átmenni vagy specifikus segítséget kell kapni a specifikus talajban, hogy járványt okozhasson. Ez érhetetlen, vagy legalább is bebizonyíthatatlan, sőt az európai tapasztalással ellenkező tan tovább fejlesztése volt annak az egyszerű, érthető, valamint bizonyítható igazságnak: hogy a talajnak bizonyos viszonyai (szennyezettség, nyirkosság stb.), e viszonyok bizonyos változásai (a hőmérsék, a nyirkosság, a talajvíz ingadozása) befolyanak ama járványok helyi és időbeli elterjedésére.

A talajnak eme „specifikus” és „nélkülözhetetlen” jellemét és tulajdonságát kétségbe vonták. Az első s legszélesebb körű vizsgálódásokon alapuló ellentmondások közé tartozik az a munka, melyet a természet-tudományi társulat és az akadémia támogatásával irtam és 1880/81-ben magyarul kőzzé tettem.¹

És makkasul tagadta *Pettenkofer*, hogy az ivóvíz okozója, terjesztője lehetne typhusnak vagy cholera-nak, ámbár egyre több észlelés és vizsgálódás bizonyította az ivóvíznek szereplését egyes járványok kitörése alatt. Ekkor felfedezte *Koch* *Róbert* a cholera bakteriumát, *Eberth-Gaffky* megismertették a typhus bacillust.

Látták ama betegségek bakteriumait sokan a beteg testében, ürülékében, néhányan látták, sokan vélték látni az ivóvízben, a melyből olyanok ittak, a kik azután megbetegedtek. Lehet-e annál egyszerűbb és természetesebb magyarázata a typhus- és cholera-járványoknak, mint hogy a hol belekerül a typhus-, cholera-ürülék és bacillus az ivóvízbe, ott van járvány, a hol nem kerül bele, nincs járvány? Még egy verébnek az esze is elégséges volna eme theoria megértésére.

¹ Egészségügyi kutatások stb. Németül megjelent két kötetben, 1881/82-ben, Braunschweigban, Vieweg kiadásában.

És örömmel, diadallal fogadta a nagy közönség s az orvosok sokasága is — a kik úgysí alig érnek rá subtilis járvány-magyarázatokkal foglalkozni — az új, az egyszerű theoriát. A gondolkodóbbak pedig annyira belemerültek az új bakteriologia tanulásába, művelésébe, fejlesztésébe, hogy alig értek rá csak gondolni is járvány-elméletekre, más irányú és mélyreható természeti tünemények kutatására, bírálatára.

Hiába emelte fel szavát az agguló tudós, hogy a typhus és cholera bakteriumainak felfedezése még nem fejtje meg a járványok sajátos természetét, idő és helybeli magatartásának okait, tényezőit, hogy a felfedezett bacillusokat is helyi és időbeli tényezők kormányozzák járványhozó munkájukban: nem foglalkoztak többé a talaj kérdésével, feledni kezdtek a híres theoriát. A hygiene háza szépre, erőre épült fel immár a Pettenkofer-akta alapokon; új eszmékkel, új munkával akartak benne foglalkozni, s ezeket bőven találták az új bakteriologiában. Ennek a mesterei kerülnek az élet színpadja előterébe; feledni kezdik a régi mestert.

Még egyszer megvillogtatja Pettenkofer régi teremő elméjét: felveti a folyóvizek természetes tisztulásának kérdését, mint egy páros társát annak a régi felfedezésnek, hogy a lakásoknak folyton szennyezett levegője is tisztul, láttatlanba, a természetes szellőzés által.

Azután elcsendesik. Meghalt a neje! Bánatba temetkezik. Visszavonul villájába, a Starnbergi-tó mellé.¹ Alig akar bemenni Münchenbe, az intézetébe, előadásaira, sőt lemond tanárságáról. Hiába tünteti ki negyedik fejedelmé, *Luitpold*, a ki a bajor akadémia elnökévé nevezi ki s a Miksa-rend tanácsának előljárójává. Volt tanítványai és tisztelői 50 éves doktorságának jubileumát ünneplik (1893), majd 80-dik születésnapját. „Excellenz” címet kap. Hiába!

Az örök igazságot kereste. Meglátta a sugarát, követte annak irányát, a tudományt is arra vezette. De a nehéz, fáradságos útban kimerült, mielőtt célra ért. És nem maradtak uti társai, munkatársai, — helyettes, utód!

Másfelé, az új tudomány, a bakteriologia felé ragadta a korszellem a higienikusok érdeklődését, munkakedvét. Pettenkofer kora akadályozta már abban, hogy velők, előttük menjen. Pedig itt könnyebb, fizetőbb volt a munka, — még a jó munka is. Ellenben minő fáradság, nehéz annak a kérdésnek az útja: hogy miért endemikus épen Kelet-Indiában a cholera és sehol másutt a világon, miért endemikus a sárgaláz a Nyugat-Indiában és sehol másutt a világon? Csak oly nehéz ez a kérdés, mint ama másik: hogy miért termi meg a tokaji bor zamatját a szőlőtő épen Tokaj vidékén, s ugyanaz a venyige mindenütt máshol a világon miért változik át más ízű bor anyjává.² Nehéz az a kérdés, nagyon nehéz, hogy miért enyhe, renyhe évtizedeken, évszázadokon át egyes járványos betegség s azután egyszerre világot rettegő járvánnyá fejlődik. Ennek is az volna az egyszerű, könnyen megérthető oka, hogy többet rondítanak az emberek az ivóvízbe? Miért uralkodik a mérsékelt éghajlat alatt mindenütt a cholera túlnyomólag őszkor? Igazán az volna-e ennek egyszerű és természetes oka, hogy ekkor több vizet isznak az emberek, tehát több bacillust nyelnek?

Ilyen nagy és nehéz kérdések nem valók a mindennapi élet emberének fejébe. Kifárasztják azokat a legnagyobb elmét is, ha sokat foglalkozik velők; és Pettenkofer ilyenekkel foglalkozott egy fél századon át.

A magára maradás a családban,³ a magára maradás a maga igazsága keresésében megőrli a legerősebb lelket is. Ugy látszik, megörlődött Pettenkofer lelke is. Maga üzte ki, szabadította ki a testéből.

Emléke örökkévaló lesz: az általa teremtetett új egészség-tudományért s az általa megmentett töméntelen emberéletért az emberiség háldja örökös felette.

Fodor József.

A venereás bántalmak prophylaxisa.

(Reflexiók Marschalkó tanár cikkéhez.)

A venereás bántalmak évről évre fenyegető módon való terjedése és az azok meggátlását célzó eljárások újból erősen foglalkoztatják az erre hivatott szakembereket és közgeket. A brüsseli nemzetközi és két évenként összegyűlő conferentia is ezúttal tűzte ki mindama óvintézkedések foganatosítását, melyekkel az egész társadalmat óriási mértékben veszélyeztető betegségek terjedésének gátat vethet. Igaza van Prof. Marschalkónak,⁴ midőn azt mondja, hogy „bár a conferentia nem is tudott mindenben megegyezni, de abban abolitionisták és reglementaristák is egy nézetben voltak, hogy a venereás bántalmak mindenütt oly fenyegető mértékben terjednek, hogy azok terjedését az egész társadalom komoly veszélyeztetése nélkül tovább tetlenül nézni nem lehet. Azok ellen küzdeni teljes erőből kötelessége, úgy az államnak és hatóságoknak, mint egyeseknek; mert csak így remélhető, hogy a küzdelem nem lesz syphususi munka; de első sorban nekünk orvosoknak kötelességünk ez, kik leginkább tudjuk felbecsülni azon mérhetetlen kárt, a melylyel a venereás bántalmak, különösen a syphilis és a kankó terjedése közegészségi, társadalmi és nemzetgazdasági szempontból jár”. Csakhogy e szép szavak sajnosan mindeddig csak pium desideriumot képeznek. Blaschko⁵

szintén e tárggyal foglalkozó lejjebb könyvének áttanulmányozásakor az ember azon szomorú következtetéseket vonhatja, hogy minden törekvés, mely a venereás bántalmak terjedésének gátlását célozza, mindeddig meddő maradt.

Ugy a rendőri, mint a hatósági intézkedések, melyek az iparilag üzött prostitutio ellenőrzésével, a betegnek talált prostituáltaknak körházban való elhelyezésével akarják a venereás bántalmak terjedését megakadályozni, hiányosak maradnak azon veszedelemmel szemben, melyet az alkalmilag üzött prostitutio magában rejt. Ama körülmény, hogy épen ez utóbbi, t. i. az ú. n. titkos prostitutio a leggyakoribb s ennek ellenőrzése teljesen lehetetlen, gondolkozóba ejti az orvost, hogy vajjon miképen lehetne a venereás bajok eme óriási terjedését megakadályozni.

Blaschko azt hiszi, hogy a bajon, mely manapság már socialis jelentőséggel bír, azzal lehetne segíteni, hogy felvilágosítsuk az embereket az őket érhető veszélyről; szerinte tehát mindenkinek tudtára kell adni, hogy ő reá, esetleg hozzátartozóira, családjára nézve, mily veszedelemmel járhatnak e betegségek; s így elrettentő módon kellene hatni az egyénre, hogy az magát a venereás bántalmakkal járó veszélynek ki ne tegye. De ha ez csak egyik módját képezi is annak a törekvésnek, mely az emberek felvilágosításával a venereás bántalmak leküzdésére vezethet és feltétlenül foganatosítandó is, úgy misérst az eszme a milyen szép így általánosságban, csak moralphilosophia, mely a practikus életben sajnos kevés eredménnyel jár. Mert, ha elismerjük is, hogy az efféle felvilágosítás, mely tulajdonképpen a megfélemlítés erejével bír, itt-ott hatásos lesz, úgy nem szabad elfelejtenünk azt, hogy bármilyen oktatások, melyek az embereket a venereás bántalmaknak nagy veszélyére figyelmeztetik, sem az erkölcsöket nem tudták megjavítani, sem pedig az embereket tartóztatni nem fogják, hogy az előttük jól ismert veszélynek ki ne tegyék magukat. Ennek oka a nemi ösztönben rejlik, mely a szabad mérlegelést sokszor teljesen háttérbe szorítja; s így magától értetődik, hogy a venereás bajokat is leginkább azon korban szerzik az emberek, a midőn a nemi ösztön legerősebben működik. Hiszen nem egyszer látjuk orvosi működésünk közepette, hogy a már venereás bajban szenvedő egyén, bármily sötétre is festettük előtte az esetleges következményeket, dacára annak elég gyakran elhanyagolja baját s mielőbb kielégíti nemi ösztönének kívánságát, mi által nem ritkán egy teljesen más fajta betegség is járul előbbi bántalmához. De hiszen előggé ismeretesek azon esetek is, midőn valaki tudja, hogy az illető nő venereás bajban szenved, a vele való közösülést megtagadni nem képes, mitsem törődve azzal, hogy őt hasonló venereás baj megszerzése fenyegeti. Felesleges volna is ezen mindenki által jól ismert dolgokat hosszasan tárgyalni.

A nemi ösztön sokkal erősebben működik az emberben, semhogy célunkat, t. i. a venereás bántalmak leküzdését előbb említett módon elérhetnők.

Azzal sem szándéksom itt foglalkozni, hogy mily szomorúan nagy szerep jutott a nyilvános prostitutioval szemben az ú. n. titkos prostitucionak a venereás bajok terjesztésében.

Ha azonban már nem tudjuk a baj ezen kútforrását megszüntetni, azaz, ha semmi néven nevezendő, még a legszigorúbb intézkedések sem tudják az alkalmilag üzött prostitutiót megszüntetni, és míg rendőri intézkedéseinkkel, mint ezt naponta tapasztaljuk, gyakran csupán azt érjük el, hogy az eddig a prostitutiót csak alkalmilag üző leány *de facto* prostituálttá, vagyis rendőriellenőrzöttt, tehát mint Blaschko mondja, szabadalmazott kéjnové válik, ki mint ilyen ugyancsak terjesztheti a venereás bajokat, akkor minden törekvésünket oda kellene irányítani, hogy a társadalom minden rétegében meghonosítsuk azt a tudatot, hogy a venereás bántalmak gyógyítása mily fontos és minden lehetőséget ki kellene követnünk, hogy ennek foganatosítására módot is nyújtsunk. És ez az a pont, mely szerény véleményem szerint Marschalkó tanár cikkében is a *punctum saliens*.

A prostituáltakat, ha betegnek bizonyultak, természetesen szintén gyógyítaniuk kell és mint ez nálunk történik, a beteg kéjnököt elég erőlyes ellenőrzés mellett kezelik is. A bajok terjedésének okát azonban nem lehet és nem kell csupán a prostituáltakban keresnünk. Blaschko javaslata tehát, hogy világosítsuk fel az egyes társadalmi osztályokat a venereás bajokkal járó veszedelmekről, úgy értelmezendő és bővítendő ki: *hassunk oda, hogy minden venereás beteg orvosi gyógykezelést kérjen és kaphasson is*, vagyis más szóval tegyük lehetővé, hogy főleg a szegénysorsú társadalmi rétegekben a venereás betegeket tényleg gyógyítsuk is. És minden orvos, ki a venereás bántalmakkal szakszerűen foglalkozik, egyet fog érteni abban, hogy a venereás bántalmak terjedésének megakadályozására csak ez lehet a rationalis út.

Marschalkó tanár a többi syphilidológussal egyetemben is hangoztat ily nézetet; csakhogy e tekintetben is sajnos, csak panaszkodunk, de nem teszünk. Brüsseli és egyéb conferentiák mitsem érnek, a midőn a viszonyokat, ha nem is megszüntető, de minden esetre javító intézkedéseket életbe nem léptetjük.

Nemcsak az összes létező pénztáraknál stb. stb. kellene azonban egy-egy e betegségek gyógyításával foglalkozó szakorvost alkalmazni, a betegeket ingyen a szükséges gyógyszerekben és netalán munkaképtelenség esetén, ha ez a venereás bajok következtében is állana be, a szokásos betegsegélyben részesíteni, hanem minden körházban nyilvános jellegű ambulatoriumokat, továbbá a város többi részein poliklinikákat kellene létesíteni, hol az esetleg ily pénztár kötelekebe nem tartozó vagy egyéb okok miatt magát ott kezelteni nem akaró egyén mégis kellő szakszerű kezelésben részesüljön.

Magától értetődik, hogy ilyen ambulatoriumokban szigorúan és kivétel nélkül csak a szegény embereket szabadna gyógykezelni. Beteg férfiakat és nőket egyaránt, más-más rendelési időben, mert épen e szegény-

¹ Értesülésem szerint a tó partján feküdt Pettenkofer villája. Ott tartózkodott a nagy mester legszívesebben, ott örült a néha arra tévedő látogatóknak.

² Hát az opium megtermése, a rózsajaj stb. képződése nincs-e helyhez, talajhoz és éghajlathoz kötve? F.

³ Tudomásom szerint Pettenkofernek egyetlen fia (gyáros) fiatalon halt meg. Leányát említik a táviratok. F.

⁴ L. Orvosi Hetilap, 1901. 5. sz.

⁵ Blaschko, Hygiene der Prostitution und venerischen Krankheiten.

sorsúak első sorban a ragály terjesztői, hiszen mindenkor csakis a nyomor és inség szüli a prostitútiót, az eleinte titkos, majd az ebből fejlődő nyilvános prostitútiót egyaránt. Hogy mindez azonban lehetővé váljék, a hatóságoknak is erélyesen kellene ezen intézkedések támogatni, melyek ezután a kellő helyeken és a mi fő, jól megválasztott időben, t. i. akkor, midőn ily betegeknek leginkább alkalmas magukat a gyógykezelésnek alávetni, álljanak rendelkezésre. (Tehát vagy déli 12—1, vagy este 6—8 óra között.)

Több ilyen ambulatóriummal meg volna akadályozható a klinikák és egyes kórházak ilyféle rendelésén a túlszűfolttság, mely miatt is évente száz meg száz beteg marad el a nélkül, hogy baját *végleg* ki is gyógyították volna; sokan megújítják a várakozást vagy sajnálják a veszteséget, melyet a gyógykezeléssel járó időpocsékolás okoz; inkább elhanyagolják bajukat s annak gyógyulásával nem törődve, tovább terjesztik a ragályt.

Ezen ambulatóriumokban az önként jelentkező betegeket kezelnek ingyen és a szegény betegekkel ex offo foglalkozó kerületi vagy egyéb hatósági orvosok is ide küldenek el a venereás betegeket, a hol utóbbiak szintén szakszerű kezelésben és ingyen gyógyszerekben részesülnek.

Hogy ilyen rendelések létrejöhessenek, ismét sok akadályba fog ütközni, a mennyiben az orvosok az ingyenes ambulatóriumok és klinikák létezésében veszedelmes concurrentiát látnak, mely állítólag az orvosok anyagi érdekeit sérti.

Jól tudom, hogy a kartársak közül sokan kezdetben nem jó szemmel néznek az ilyen újabb ambulatóriumok keletkezésére; de azt hiszem, hogy ezen aggodalmak megszűnnének akkor, a midőn az egyes intézetek vezetői pontosan ügyelnek arra, hogy ott *kivétel nélkül, kizárólag szegénysorsú és csupán csak venereás betegek* (blennorrhoea, syphilis) részesüljenek gyógykezelésben. Ilyen betegeknek a gyógykezelésen kívül — mint mondám — gyógyszer is *ingyen* kellene adni, úgyisintén őket betegségük veszélyéről kellőképpen felvilágosítani. Egyetértek Blaschkóval, hogy ilyen ambulatóriumokban — természetesen más időben — a prostituáltak is ingyen kezelésben részesüljenek. De a rendőri felügyelet alatt már állók is, tehát a prostitútiót csak alkalom adtán fiző és beteg leányok is részesüljenek humanus bánásmódban és gyógykezelésben. Természetes, hogy ha az ilyen ambulatóriumok révén — dacára a nálunk sajnos nehéz gazdasági viszonyok közepette is — a meggyógyult vagy már munkaképes leányok munkát és becsületet foglalkozást kapnának — és erre nézve lehetne módot találni —, akkor a prostitútió is csökkenne és vele a venereás betegek száma is jelentősen apadna.

Az itt elmondottakat kevés jóakarattal és több társadalmi faktornak együttes működésével el is lehet érni, ezt mutatja azon institutio életbejuttatása, melyet a „Teleia“-egyesület kezdeményezett s mely az itt felsorolt eszmék propagálását tűzte ki célul s töle telhetően kereszttől vinni igyekszik. Ugyanis a „Teleia“ egyesület tűzte ki célul felvilágosító népszerű előadásokkal és iratok terjesztése útján, továbbá csupán csak a venereás bántalmak gyógykezelésével foglalkozó ambulatóriumával a venerea terjedésének gátat vetni.

Létesülésekor egyszersmind kitűzte azt, hogy a város több helyén fog ilyen ambulatóriumot rendszeresíteni; ha a hatóság és a publicum anyagilag is jobban támogatná az egyesületet, a fentebb elmondottak praktikus úton is nagyobb arányban volnának keresztül vihetők.

A mi Marschalkó tanár cikkének második főpontját illeti, mely azon óvintézkedésekre vonatkozik, melyeket az *egyénnel* tenni kellene, hogy magát a venereás bántalmak ellen megóvja, arra nézve minden ily intézkedést, ha az könnyen és egyszerűen keresztülvihető, üdvösnek kell tartani. Marschalkó tnr. minden gyanús coitus után a blennorrhoea ellen alkalmazandó és protargollal végzendő becséppentéseket ajánl. Csak hogy erős akarat szükséges ahhoz, hogy azt az emberek minden ilyen coitus után tényleg alkalmazzák, továbbá nem szabad elfelejtenünk azt, hogy mint a német közmondás tartja: „Nur der Gebrannte fürchtet das Feuer“ és addig, míg valaki az első blennorrhoeát nem acquirálja, addig magát immunnak gondolja ily fertőzéssel szemben, csak midőn saját kárán győződik meg ennek helytelenségéről, fog ilyen prophylacticumhoz nyúl. Minden esetre Marschalkó tanárnak a blennorrhoea ellen ajánlott ezen óvszere megérdemli, hogy széles körben ismeretessé tétessék és alkalmaztassék. A syphilis ellen — a mennyiben ennek genitalis fertőzéséről van szó — legjobb óvszer csak a condom marad. Természetesen ez ellen is sok kifogást lehet tenni.

Sellei József dr., v. bőrkórtani klinikai tanársegéd.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gonorrhoea általános fertőzés kérdése.¹

Közl.: Ráskai (Reách) Dezső dr. műtőorvos.

(Polytatás.)

Gohn és Schlagenhauser egy újabb esetében a 18 éves beteg, ki 4 hét óta gonorrhoeás, influenzaszerű tünetek között betegszik meg, rázóhideg, szívdobogás, endocardialis zörejek. Hat nappal utóbb az art. popl. dext. thrombosisa, az alszár gangraenája. 17 nappal a felvétel után exitus. A sectio az aorta-billentyűk acut endocarditisét, a septumban abscessust, a bal gyomros dilatációját és hypertrophiáját deríti ki. Az összes

gonorrhoeára gyanus szervek bonczani, bakteriologiai és kórszövettani rendkívül pontos vizsgálatából kitént: 1. hogy szemben egyéb septikus endocarditissal itt a cruralis emboliáján kívül a belső szervek degeneratioja igen kiskorú volt, és hogy 2-szor a tenyésztés, tekintettel a kedvező hőmérséki viszonyokra, pozitív volt, a mit az átváltás is igazolt, hogy azonban a vér- vagy nyirkpálya melyik helyén történt a gonococcusnak betörése, nem volt kimutatható. Rendü és Hallé⁵⁶ által megvizsgált esetben az endocarditis régi uterus gonorrhoeához csatlakozott. A periartitis phlegmon-ból az élőben gonococcusok voltak kimutathatók. A vérből, valamint a pericardialis folyadékból három órával a halál után nem, ellenben 23 órával utóbb végzett sectionál az aorta-billentyűkből gonococcusokat tenyésztettek ki. Ivanow⁵⁷ esetében a bal szív-gyomros falí tályogából sikerült a kitenyésztés; Bjegolow⁵⁸ esete azért érdekes, mivel az endocardialis tünetek a mellékherelobot 14 nappal előzték meg, rheuma nélkül fejlődtek, a gonococcus a véráramból sikerült kitenyészteni és az elronesolt aorta-billentyűből vett szövettörmelékben a gonococcus ki volt mutatható. Positív volt még Bergh H. és Sieghelm⁵⁹ esete és legújabban a Loeb⁶⁰ által közölt is, ki a következőkébe foglalja össze az endocarditis gonorrhoeica jelenlegi állását: 1. Kankós betegnél, közvetlenül a heveny huruthoz vagy mint rész-tünete a gonorrhoeikus rheumatoid megbetegedéseknek, társul a szív belhártyalobja. 2. Eltekintve egyes esetektől, a melyekben a bakteriologiai vizsgálat streptococcusokat mutatott ki a billentyűkön, az endocarditis gonorrhoeica tisztán gonococcusok által előidézett, valódi kankó-attételnek bizonyult. 3. Az endocarditis gonorrhoeicának két alakja van: a verrucosus és ulcerosus. 4. Az endocarditis ulcerosa gonorrhoeica és postgonorrhoeica ritkán keletkezik ép billentyűkön, rendszeren már előment endocarditis talaján fejlődik. 5. Mint az endocarditis ulcerosa általában, úgy a gonorrhoeikus alak is gyakoribb nőknél. Azonban, ha bizonyító erővel természetesen csak ezen súlyos, halálal végződő esetek bírnak, úgy mint Litten ezt a legutolsó wiesbadeni belgyógyászati congressuson is említi, nem tekinthetők ritkáknak a könnyű, láztalanul lefolyó, teljesen visszafejlődő vagy billentyűbántalmat visszahagyó endocarditisek. De a súlyos esetekből is vannak billentyűbántalommal gyógyult esetek, a rendelkezésemre álló irodalom 31 esetből 11 nem végződött halállal, a mi az egyéb eredetű endocarditisekkel szemben valamivel nagyobb számot képvisel.

A billentyűk közül leggyakrabban az aorta-billentyű betegszenek meg, szám szerint követik a kéthegyű billentyű megbetegedései, leg-ritkább a pulmonalis megbetegedése (Weckerle, Golz, Halle, White, Keller, Lenhartz), a myocardium megbetegedése ritka (Gohn-Schlagenhauser, Ivanow). Többnyire az izületi lóbbhoz társul, de vannak esetek, a melyben közvetlenül az urethralis gonorrhoeához csatlakozik (Marly, His, Winternitz, Flüge, Bjegolow).

A kezelés az egyéb mykotikus eredetű endocarditisek kezelésével egyező.

E helyen megemlítjük a gonorrhoeával kapcsolatosan fellépő *visszérgyulladásokat*, a melyeknél azonban a gonorrhoeikus eredet kétséget kizárólag bebizonyítva nem lett, mindig izületi rheuma előzi meg, kifejlődését varicositás előmozdítja, általában nem rossz hajlamú és gyakori férfiaknál, mint nőknél. (D'Acheux).⁶⁰

Idegmegbetegedések. Ha e század elején Everard Home (1803) és Stanley (1833) által közölt megfigyelésektől eltekintünk, úgy a gonorrhoeával kapcsolatos idegmegbetegedésekről szóló egész tan a három évtizedet alig haladja túl. Ricord, Pidoux és Peter 1866-ban a Soc. méd. des hopitaux egyik ülésén jelentést tettek a gonorrhoeához társult, illetőleg általa előidézett gerinczagi megbetegedésekről. Ugyanezen időtájít közzölték Fournier és Jullien is hasonló eseteiket. 1870-ben gonorrhoeás epididymitissal kapcsolatos reflex-neuralgiáról tesz jelentést Mauriac.⁶²

A gonorrhoeikus idegmegbetegedések három főalakban mutatkoznak:

1. neuritis, illetőleg polyneuritis;
2. az idegyökök megbetegedései;
3. meningomyelitis (acuta és chronica), ideszámítva azonkívül az agynak és burkainak, valamint az agyidegeknek megbetegedéseit, atrophikus zavarokat és functionális neurosisokat, mint a gonorrhoeához társuló és általa előidézett megbetegedéseket.

A mi a peripherikus idegmegbetegedéseket illeti, úgy ezek közül az *ischias* már igen régen ismeretes, már Charcot⁶³ keletkezésének egyik leggyakoribb okául a gonorrhoeát tartja; igen gyakoriak a cruralis lefutásban fellépő neuralgiák is. Brisson⁶⁴ szerint ezen neuralgiák a gonorrhoea 2—3. hetében hirtelen, többnyire éjjel kezdődnek, 4—5 napig intenzitásban fokozódnak és gyorsan megszűnnek. A kankó-infectio megújulásánál szintén kiújulnak. Fränkel⁶⁵ szerint ezen neuralgiák többnyire complicált gonorrhoeáknál és öröklékenyen terhelt egyéneknek lépnek fel. Lewy⁶⁶ megkülönböztet neuritis blennorrhoeicát (*ischias*, cruralis), ez utóbbinál a trophikus zavarok (izomatrophia) hiányzanak. A két említett idegen kívül egyesek még a n. obturatoriuson, cruralison, intercostalison, laryngeus inferioron, acusticuson, posticuson és ulnarison észlelték ezen specifikus megbetegedést.

Ritkább a polyneuritis gonorrhoeica; két idevágó esetet közölt Engel-Reimers⁶⁷ gonorrhoea és következményes cystitis után: a karok és alsó végtagok hűdése, megszünt reflexek a sensibilitas megmaradásával, faradikus és galvanikus ingerlékenység csökkenése. Az állapot javulásával a végtagokban, az arc- és gégeizmokban léptek fel hűdés. 9 hét után javulás. A másik esetben gravidánál a váll és felkarok hűdése, izomfájdalmak, inunctions kúrara javulás. Hasonló eseteket közölnek Cros (neuritis optica és polyneuritis alcoholica tünetesportjával), valamint Weland⁷⁰.

Lewy (l. c.) szerint a polyneuritis többnyire arthropathiákhoz

társul, többnyire prodroma nélkül lép fel, az idegtörzsek úgy spontán, mint nyomásra fájdalmasak.

Az ideggyökök megbetegedésének legismertebb esete ugyancsak az Engel-Reimers által közölt, a melyben a betegnél először a csípő-izület, azután a csigolya-izület betegszik meg, majd az ideggyökök megbetegedésének kifejezéséül övrés és heves, a has alsó részébe kisugárzó fájdalmak. A beteg meggyógyult.

Igen gazdag a myelomeningitis casuistica. 1888-ban Hayem és Parmentier⁷¹ 6 esetet állítottak össze, kettő sajátjuk, négy pedig régebbi keletű. (Peter, Tissier, Stanley és Home.) Arthropathiák előzik meg, a gonorrhoea recidivával kiűl, a test alsó része van megtámadva, úgy érzi, mint mozgási zavarok vannak jelen, az érzési zavarok zsábák, övrés, a háterincz fájdalmassága, paraesthesiák, hyperaesthesiák és anaesthesiák alakjában jelentkeznek, míg a motorikus zavarok mint különböző fokú hűdések mutatkoznak.

Charcot ugyanez évben egy beteget mutat be, a kinél a spinalis megbetegedés a járást és állást lehetetlenné teszi (alsó végtagok atrophiaja, a bőr trophikus zavarai, fokozott térdreflex, lábelonus). Az eset egyező a Hayem és Parmentier-féle esetekkel. Ezek együttes megbeszélésében Charcot tiltakozik azon felfogás ellen, mintha itt a gonorrhoea valamely közvetlen összefüggésű megbetegedéssel volna dolgunk. Súlyt helyez arra, hogy csak izületi megbetegedések után észlelték és úgy az izomatropiák, mint a fokozott reflexek ez utóbbiak következményei. Egymásután következtek Chavrier és Février⁷² (az egész gerinczagyra terjedő), Dufour, Jaroschevsky, Poloroff (meningomyelitis), Spilmann és Haushalter⁷³ (puerperiumban exacerbáló uterus gonorrhoea), Raynaud,⁷⁴ Engel-Reimers⁷⁵ és Leyden⁷⁶ (obductioval), ki a myelitisek ezen fajtától különválasztja a *paraplegia urinariának* nevezett bántalmat, mely sem reflektorikus úton, sem egyszerűen mint ascendáló neuritis (Remak) nem jön létre, hanem a gonorrhoeával és szövödményeivel függ össze, és az eredeti megbetegedési helytől kiinduló neuritis alakjában terjed át a gerinczagyra, ott bonczani elváltozásokat hozva létre. Eseteket közöltek még Speranszky⁷⁷ (chronikus urethritishez társultak az idegrendszer laesioi), Pombrák, Trapesnikoff, Ruslow, Barrie⁷⁸ (a gerinczagyban, daczára a szorgos átkutatásnak, gonococcusokat kimutatni nem lehetett); ez utóbbi (Barrie) szerint két alakot különböztethetünk meg, melyek úgy a klinikai kép, mint prognosis tekintetében igen szorosan határolhatók el, t. i. a heveny és az idült meningomyelitis. A heveny rendszerint a harmadik-negyedik héten lép fel, heveny gonorrhoeához, ritkán idülthöz, társulva; derékfájás, izületrekedés, majd tarthatatlanság, az alsó végtagok hűdése, keresztáji decubitus képezik a tünetsoportot, a mely súlyossága daczára nem ritkán gyógyuláshoz vezet. Kórjóslatilag még kedvezőbb a subacut vagy idült alak, daczára annak, hogy itt sok olyan esetről tesz a casuistika említést, a mely legnagyobb valószínűség szerint nem volt gonorrhoeikus eredetű, tekintettel arra, hogy itt az összefüggés kimutatása még sokkal nehezebb, mint a heveny alakoknál. Többnyire oly egyéneket ír e baj, a kik már több ízben szenvedtek izületi megbetegedésekben. A kifejlődés lassú, fájdalmak a keresztájon, az alsó végtagok sorvadása, különösen a feszítő oldalon, izgalmi tünetek, melyek fájdalom göresökben és fokozott inreflexekben nyilvánulnak. A legújabb időben még Renault, Kalindero közöltek ezen csoportba illő gyermekágyi megbetegedéseket (meningo-leukomyelitis). Daczára a hosszas sínylevésnek, a teljes gyógyulások itt sem ritkák.

A postgonorrhoeás gerinczagy megbetegedésekben az izomatropia játszsza a főszerepet, sőt urálja az egész kórképet, a nélkül, hogy ezen jelenség kielégítő magyarázatát adhatnók; vajjon a reflectorikus úton a mellő szarvakban létrejövő dinamikus vagy szervi elváltozásoknak (Charcot) vagy pedig az izületi megbetegedésekkel kapcsolatos izom-sorvadásoknak (Strümpell) foghatók fel, még eldöntetlen kérdés. A myelomeningitisek majdnem mindig a gerinczagy alsó lumbalis részéből indulnak ki, ép úgy a neuritisek és neuralgiák kizárólag a lumbalis plexusból kiinduló idegtörzseket (ischadicus, cruralis, obturatorius) támadják meg, többnyire perineuritisek alakjában, tehát itt sincs kizárva, hogy az ascendáló folyamat a megbetegedett húgyvívárszervi nyákhártyák idegvégződéseiből veszi kezdetét, a fertőzés közvetlen áttérjedésével.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Erlach und Woerz: Beiträge zur Radicalheilung des Gebärmutterkrebses. Wien. L. W. Seidel und Sohn, 1901.

A méhrák radicalis operatioja a gynaekologia azon kérdései közé tartozik, mely még távol áll attól, hogy megoldottnak tekinthetnők. Pedig nagyon szépen fejlődött e szaktudomány eddigi történetében is. Csak elméletben van megszabva ma még az a határ, hogy meddig tekintjük a méhrákot gyökeresen gyógyíthatónak. Addig, míg helyi baj, míg csupán a méhre szorítkozik, környezetére, a parametriumra pedig nem terjedt át. Azon már túl vagyunk, hogy ilyenkor sem szabad megelégedni a portio amputatiojával, hanem a méh totalexstirpationját kell végeznünk. S ez az operatio nagy tökéletességre fejlődött a technikájában. De már ilyenkor is ott lehet a rák csirája a környékbeli nyirokmirigyekben, melyek a vizsgálatnak nem is hozzáférhetők. S így a totalexstirpation csak a méhre vonatkozik, a rák teljes kiirtását nem jelenti. Ezért folytonos a törekvés olyan operáló módszer után, melylyel a méh környezetéből is mentül többet távolíthatunk el. E törekvés kapta fel az elmúlt évtizedben a Kraske sacralis módszerét, melyet végbéloperatiohoz találtak ki s melyet a bécsi iskola hozott be a rákos méh kiirtására. Ezt tárgyalják könyvükben a szerzők, kik tekintélyes sorozatban próbálták ki a méhkiirtás e két módszerét a

bécsi Mária Terézia női kórházban. 131 vaginalis úton és 27 sacralis módszerrel végzett totalexstirpationra alapítják tapasztalataikat. Nagyon józanul bírálják e módszereket s józanul jelölik ki a további fejlődés útját. Ne arra törekedjünk, hogy az operabilitas határait kiterjesszük, hanem arra, hogy az eddigi szigorúbb határokon belül mentül kevesebb recidivát kapjunk. Mert bár nem nagy számban, de kaptak recidivát ők is mindegyik fajta operatio után. A Kraske-féle sacralis módszert ők is csak azon kivételes esetekben tartják ma már jogosultnak, melyekben a rák inkább a felületen terjed és a hüvelyre harapódik át. Így a hüvelyből könnyebben lehet nagyobb darabot resecálni. Egyebekben pedig a jövő módszerének ők is az abdominalis exstirpationt tartják, mert ez után a regionarius nyirokmirigyeket is fel lehet keresni és kiirtani. Ezt az amerikaiak kapták fel ismét az utóbbi években, de gyorsan terjed az ó-világban is. Számos egyéb klinikai és statisztikai érdekes adatot is hoz ezenkívül a füzet, mely jó forrásmunka azok részére, kik e kérdés történeti fejlődésével foglalkoznak. Doktor dr.

Uj könyvek. Braus: Akademische Erinnerungen eines alten Arztes an Berlins klinische Grössen. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Sonderegger-Haffter*: Vorposten der Gesundheitspflege. Berlin, Julius Springer. — *Van Dorssen*: Die Lepra in Ost-Indien während des 17. und 18. Jahrhunderts. Berlin, August Hirschwald. — *H. Munk*: Die physiologische Gesellschaft zu Berlin. Berlin, August Hirschwald. — *M. Fränkel*: Die Samenblasen des Menschen. Berlin, August Hirschwald. — *Stüve*: Die Tuberculose als Volkskrankheit und ihre Bekämpfung. Berlin, August Hirschwald. — *Weicker*: Beiträge zur Frage der Volksheilstätten. Berlin, August Hirschwald. — *Binz*: Grundzüge der Arzneimittellehre. 13. Auflage. Berlin, August Hirschwald. — *Bunge*: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. I. Band. Sinne, Nerven, Muskeln, Fortpflanzung. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig. — *Zabludowski*: Über Schreiber- und Pianistenkrampf mit besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe und Therapie. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Winckel*: Neue Untersuchungen über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Tillmanns*: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. Siebente Auflage. Veit und Comp. in Leipzig. — *Kollmann*: Plastische Anatomie des menschlichen Körpers. Veit und Comp. in Leipzig. — *Stations hydrominérales, climatiques et maritimes de la France*. Ouvrage rédigé par la Société d'hydrologie médicale de Paris. Paris, Masson et Comp. — *Pozzi-Escot*: Les diastases et leur applications. Paris, Masson et Comp. — *Bazy*: Maladies des voies urinaires. Tome IV. Thérapeutique spéciale. Paris, Masson et Comp. — *Marie*: La rage. Paris, Masson et Comp. — *Bourneville*: Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Paris, Progrès médical. — *Bechterew*: Les voies de conduction du cerveau et de la moelle. Paris, O. Doin. — *Robertson*: A text-book of pathology in relation to mental diseases. Edinburgh, W. F. Clay. — *Hime*: Practical guide to the public health acts. London, Baillière, Tindall and Cox. — *William Murrell*: What to do in cases of poisoning. Ninth edition. London, H. K. Lewis. — *Report of the anaesthetics committee of the British medical association*. — *Sims Woodhead and Cartwright Wood*: An inquiry into the relative efficiency of water filters in the prevention of infective disease. London, British medical association. — *John B. Deaver*: A treatise on appendicitis. London, Rebman. — *Benjamin Ward Richardson*: Disciples of Aesculapius. London, Hutchinson and Co. — *James Startin*: A pharmacopoeia of diseases of the skin. Fourth edition. Bristol, Wright and Co. — *Lennox Browne*: The throat and nose and their diseases. Fifth edition. London, Baillière, Tindall and Cox. — *Tauszk Ferencz*: A belgyógyászat alapvonalai. II. kiadás. Budapest, Dobrovsky és Franke. 1901. Ára: 5 K. — *Sobosta*: Neuere Anschauungen über die Entstehung der Doppelbildungen. Würzburg. 1901. — *Turcsányi Imre*: Lelenczek és lelenczházak. Budapest. — *Jessner's Vorträge*: Die innere Behandlung von Hautleiden. Würzburg, Stuber. — *L. A. Nékám*: Ueber die Stellung der Parasiten in der Pathologie. 1900. Klny. — *L. A. Nékám*: Wege der Vertheidigung der Haut gegen Antioxiationen. Leipzig und Wien. 1900. Klny. — *L. A. Nékám*: Ueber Leukämie der Haut. Moskau, 1900. Klny.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A dormiolt nagyszámú álmatlan elmebetegnél próbálta ki újabban Dehio, a bernburgi elmegyógyintézet másodorvosa. Eredményeivel nagyon meg van elégedve és különösen kiemeli a szer ártalmatlan voltát. A szokásos adag (1 gramm) dormiol csak kiscsök álmatlanságnál vezet eredményre; nagymérvű álmatlanságnál nagyobb adagokat rendel, vagy pedig előzőleg sulfonalt ad. Hosszas chloralhasználat után beállott conjunctivitiseknél a chloralnak dormiollal helyettesítése után a conjunctiva részéről fennállott lobos tünetek azonnal mérséklődtek és még a dormiol használata közben elmúltak. Olyan epileptikusoknál, kiknél csoportosan jelentkező rohamok után zavarodottság és motorus nyugtalanság állott be, reggel és este 2—2 gramm dormiol használata után a rohamok száma az egyes csoportokban csökkent, a zavarodottság pedig vagy nem köszöntött be, vagy tetemesen enyhébb alakban és későbbben jelentkezett. (Psychiatische Wochenschrift, 1900. 37. füzet.) Az álmatlanság gyógyításáról szóló cikkében Dornblüth a hypnotikus szereket között legjobbnak a trionalt és a dormiolt tartja (a hedonatra nézve ninosenek tapasztalatai). A dormioltól legjobban eleinte 2 grammot adni minden este, mire az álom néha már 10 percz múlva, legkésőbbben azonban 1/2 óra múlva bekövetkezik. Ha az álom az eset súlyossága miatt nagyon rövid tartamú volna, 0.5—1.0 gramm sulfonallal köti össze a

dormiol; ha pedig a dormiol daczára nem akarna beállni, a dormiol előtt 1 órával 0.5–1.0 gramm trionalt ad. Kellemetlen melléküneteket még nagy adagok huzamosabb használata után sem látott. A hypnalt szintén jó szernek mondja, hatása azonban nem oly biztos, mint a dormiolé, s e mellett nagyon drága is, míg a dormiol a legolcsóbb hypnotikus szer (10 gramm ára 75 német fillér). Minthogy a dormiol vízben csak órák múlva oldódik, újabb 1:1 arányú dormiol-oldat jutott a forgalomba, mely minden arányban keverhető vízzel. Adható a dormiol gélatina-tokokban is. (Aerztliche Monatschrift, 1901. 1. füzet.)

Az epicarinnál, ezen sárgászöld, kissé ecetszagú, kreosotinsavból és naphtholból álló, alkoholban, aetherben, vaselinolajban jól oldódó porból és a bőrgyógyászatban való használatáról már több ízben megemlékeztünk. Újabb *Kraus* közli eredményeit, melyeket a szerrel scabies, herpes tonsurans, prurigo, idült eczema esetében elért. Friss scabiesnél jó hatású volt a szer, melyet a következő alakban használt: Rp. Epicarini 5.0; Lanolini 90.0; Olei olivarium 10.0. Már az első bedörzsölés legalább is csökkentette a viszketést; az egész kezelés 4–14 napig tartott. Régebbi idő óta fennálló eseteknél e kenőcs használatára maga a scabies javult ugyan, a scabiest kísérő eczema azonban rosszabbodott, úgy hogy ezt más módon kellett kezelni. Herpes tonsuransnál nagyon jó volt az eredmény, prurigonál pedig a viszketés csökkent, a bőr puhult és ruganyosabb lett. (Allg. Wiener med. Zeitung, 1900.) *Siebert* szintén kísérletet tett a szerrel scabies nagyobb számú esetében és úgy nyilatkozik, hogy az epicarin biztosan ható, ártalmatlan és kényelmesen használható szer. Az ártalmatlanságot illetően a vizeletet minden esetben megvizsgálták, de fehérjét sohasem találtak benne. Egy esetben a bedörzsölések után hosszabb ideig tartó urticaria jelentkezett, egy másik esetben pedig — 4 éves leánygyermek — kiterjedt papulosus eczema. Hátránya az epicarinnak a β -naphthollal szemben (a mely azonban a veséket izgatja), hogy a scabiest kísérő eczemára nem gyakorol gyógyító hatást, sőt ez sok esetben rosszabbodik is. A használat módja következő volt: Előzetes fürdő mellőzésével három egymásután következő napon bedörzsölés 100%-os epicarin-kenőccsel tetőtől talpig, különös tekintettel a vételeivel az erősebben megtámadott helyekre; ezen idő alatt a beteg a régi fehérneműt viseli és csak a negyedik napon fürdik. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1900. 43. sz.)

Vioform elnevezéssel nemrég egy új jodoform-pótszer jött forgalomba, mely vegyi összetételét illetően nem más, mint jodochloroxychinolin. A szer *Tavel* tanár intézetében alapos bakteriologiai vizsgálat alá vetette, még pedig összehasonlítva a jodoformmal és a loretinnel. Ezen vizsgálat eredménye az volt, hogy a vioform fejlődéstápláló hatását illetően — antiseptikus poroknál pedig ez a fődolog — többet ér, mint a jodoform és a loretin. A toxicologiai vizsgálatok szerint a vioform nagyon nagy mennyiségben vihető a bőr alá minden káros következmény nélkül; e tekintetben szintén előnyösebb mint a jodoform és a loretin. Intraperitonealisan azonban éppen olyan hatású mint a jodoform; halálos adagja ugyanakkora mint a jodoformé és valamivel kisebb mint a loretiné. A berni „Diakonissenspital“-ban klinikai szempontból végzett kísérletek szintén nagyon kedvező eredménnyel jártak. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 55. kötet, 5. és 6. füzet.)

Az **ichthargan** (argentum thiohydrocarburo-sulfonium) világosszürke, gyengén aromás szagú, kissé csipős ízű por, mely vízben narancssárga színnel oldódik, még pedig minden arányban. Ugy a por, mint az oldatok sötét üvegekben sokáig elállanak bomlás nélkül. Az oldatokat az is jellegzi, hogy kissé hazyak. Az ichthargan 30%-os ezüstöt és 50%-os ichthyolsulfosavhoz kötött kén-t tartalmaz. *Aufrecht* vizsgálatai szerint az ichthargan a szövetek mélyébe is behatol és e tekintetben nagyon előnyösen különbözik az argentum nitricumtól. Még gyenge oldatokban is erősen bakteriumölő hatású (1:50000 oldat 4 perc alatt megöli a gonococcusot). Aránylag nagy adagokban sem okoz izgalmi vagy mérgezési tüneteket. Gonorrhoea anterior acuta esetében *Leistikow* nagyon jó eredménnyel használta 0.02–0.2%-os oldatait prothallát mellőző befeeskenések alakjában. *Ebersen* észleletei alapján pedig oda nyilatkozik, hogy az ichthargan használata javalt mindazon esetekben, melyekben eddig ichthyolt vagy argentum nitricumot használtunk és hogy a gonorrhoea és a trachoma kezelésénél jelentős szerepre van hivatva. (Therapeutische Monatshefte, 1901. 1. füzet.)

Általános kór- és gyógytan.

Az orr és a női nemi szervek közti összefüggésről gyűjtött érdekes tapasztalatokról számol be *Schiff*. Fliess-nek egy munkájában azt olvasván, hogy a kereszt- és hastáji dysmenorrhoeikus fájdalmak az orr bizonyos pontjainak cocainozása által megszüntethetők: nagy körültekintéssel megismételte a vizsgálatokat. Vizsgálataihoz olyan betegeket választott, kiknek dysmenorrhoeikus fájdalmai folytonosak voltak és nem remittáltak néhány órai fennállás után spontán, hogy azután újból exacerbálnak. Azért választotta így ki a betegeket, nehogy egy spontán remissio a cocainozás javára íródjék. A betegeken ortükrön át négy pontot cocainozott, úgymint mindkét oldalt az alsó choana elejét és a septum egy edénydús helyét, az úgynevezett tuberculum septi. A cocainozást úgy végezte, hogy egy sonda végére igen kevés vattát csavarva, azt 20%-os cocain-oldatba mártotta, és megérintette vele a nevezett helyeket. Pár perc múlva, mikor azok a helyek érzéketlenek lettek, az esetek 72%-ában a fájdalmak is megszűntek, még pedig olyképp, hogy az alsó choana elejének cocainozására a hasban, a tuberc. septi cocainozására a kereszt-tájban székelő fájdalmak szűntek meg. A hatás körülbelül egy fél napig tartott. Általános, morphinszerű, anodyn hatásról nem lehet szó, mert az elhasznált cocain igen kevés, mert a cocainnak nincs is ilyen általános hatása, s végül mert az orr egész belsejét lehet cocainozni, s

a fájdalmak még sem szűnnek meg, ha az ember az említett 4 pontot a cocainozásnál ügyesen kikerüli. A suggestiv hatás is ki van zárva, mert 1. a kísérleteknél a betegek azt hitték, hogy csak alapos és teljes megvizsgálásról van szó; 2. cocain helyett vízzel érintve a nevezett helyeket, a fájdalmak olyanoknál sem szűntek meg, a kiknél a kísérlet cocainnal előtte való napon sikerült, s a kik tehát várhatták, hogy fájdalmaik a manipulatio után ma is meg fognak szűnni; 3. a sikertelen kísérletek legnagyobb contingensét olyanok szolgáltatták, a kiknél úgynevezett nervosus alapú dysmenorrhoeikus fájdalmak voltak kimutatható bajok nélkül, a kik tehát legalkalmasabbak lettek volna, ha egyszerűen suggestiv terapiáról lenne szó. A kimutatható genitalis bajok minden fajából eredő dysmenorrhoeikus fájdalmaknál is voltak *Schiff*-nek eclatans sikerei.

Az említett pontokat trichloreccetsavval rendszeresen edzve vagy bipolarisan villamoszva, a fájdalmak állandó kimaradását is el lehet érni oly betegeknél is, kik fájdalmaik miatt a meleg borogatástól kezdve a morphiumig mindent végigpróbáltak és hónapokon át hiába voltak gynaekologikus kezelés alatt. (Wiener klin. Wochenschrift, 1901. 3. sz.)

Marikowsky György dr.

A **dysenteria okozója**. Egy kis vérhas-járvány alkalmával *Kruse*-nek sikerült az esetek csaknem mindegyikében egy rövid bacillust kimutatni, mely a közönségesen használt tenyésztőtalajokon nő és a coli-bacillustól főleg abban különbözik, hogy erősebb hatása nincsen, a typhus-bacillustól pedig abban, hogy nem mozog. A különböző állatokon (macska, tengerimalacz, majom) végzett átoltási kísérletek e bacillussal negatív eredményt adtak. Minthogy azonban dysenteriaiban szenvedő betegek vérsavója e bacillusokat már 1:50 hígításban agglutinálja, szerző e bacillust a dysenteria okozójának tartja. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1900. 40. szám.)

Typhus-bacillusok kimutatása a vérben. Miután *Neuhaus*-nak és utána másoknak is sikerült typhusbetegek roséoláinak véréből a typhus-bacillust kitenyészteni: megkísérelték azt is, vajjon nem lehet-e typhusban szenvedő betegeknél magában a keringő vérben kimutatni a typhus-bacillusokat. Ezen irányban főleg *Schottmüller* és *Castellani* végeztek vizsgálatokat. Előbbi 50 eset közül 40-ben, utóbbi pedig 14 eset közül 12-ben ért el pozitív eredményt. Legújabbban *Auerbach* és *Unger* kísérlelték meg a berlini Urban-kórház belgyógyászati osztályán a typhus-bacillusok kitenyésztesét a keringő vérből, oly módon járván el, hogy a betegek vena medianájából sterilen vett vérnek 10–30 cseppjét összekeverték 300 köbcentiméter tenyésztő húslevesvel. 10 eset közül 7-ben sikerült ily módon typhus-bacillusokat tenyészteni; ezen 7 eset közül csak egy volt súlyos, a többi könnyű vagy közepes súlyos. Szerzők megjegyzik, hogy a 18–24 óra múlva végzett első mikroszkopi vizsgálatánál a húslevesnek a bacillusok részint hosszú fonalakká nőttek, részint kis csomókba agglutináltak voltak és csak nagyon gyengén mozogtak. Átoltás után azonban mindig jól mozgó bacillusokból álló tenyészeteiket kaptak. Arra nézve, vajjon a betegség kezdeti szakában is kimutatható-e a typhus-bacillusok a vérben, szerzők eseteik csekély száma miatt még nem nyilatkozhatnak. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1900. 49. szám.)

Tuberculotikus tüdősclerosist idézett elő kísérletileg *Auclair*. A gümöbaccilusból szerző kétféle toxint vont ki, az egyiket chloroformmal, a másikat aetherrel. E kivonatanyagokat tengerimalaczok légcsővébe fecskendezte. Ily módon az aetheres kivonat sajtos pneumoniát, a chloroformos kivonat pedig kötőszöveti pneumoniát idézett elő. Szerző kísérleteiből azt következteti, hogy a szervezetre jutott gümöbaccillus a fejlődésfeltételek szerint egyik vagy másik fajta toxint bővebben vagy mindkét toxint egyenlő mennyiségben termel. Ez magyarázná a megbetegedés hajlamosságát az elsajtosodásra vagy sclerosisra vagy mindkét folyamat együttes egymás mellett való lefolyására. (Archiv de méd. expér. et d'anat. pathol. 1900. 2. szám.)

Nagy Pál dr.

Belgyógyászat.

Anyagcserevizsgálatok „apepsia gastrica“-nál, különös tekintettel a perniciosus anaemiára. *H. Strauss* több „apepsia gastrica“ esetében, mely elnevezés szerinte ajánlatosabb, mint az achylia gastrica, a gyomornyákhártya felszívóképeségét vizsgálta s azt teljesen rendesnek találta. Hasonlóképp a tápanyagok kihasználása a bélben sem szenved, mely körülményt egyrészt az anyagcserevizsgálatok, másrészt pedig a Schmidt-féle gázfejlődési próbák igazolták: a tápanyagok kihasználása csak hasmenések fennállása esetén volt hiányos. A normalis felszívódást jelezte azon körülmény is, hogy methylenkék bevétele után 4–5 óra múlva a festőanyag megjelent a vizeletben. Az anyagcserevizsgálatok kóros fehérjebeolvasztásra sem utaltak. A vizelet toxicitását is meghatározta *Strauss*, a melyet feltűnően csekélynek talált. Minthogy mindezen eredmények oly betegeknél találtak, kiknél az apepsia gastrica kívül perniciosus anaemia is fennállott, ennél fogva *Strauss* szerint a perniciosus anaemia nem tekinthető a gyomor- és bél-atrophia következményének. (Zeitschrift f. klin. Mediz. Bd. 41.)

Kövesi Géza dr.

Újabb adatok a tojásfehérje specifikus kimutatásához biológiai úton. Igen érdekes vizsgálatokat végzett *Uhlenhuth* tojásfehérjével a *Bordet*-féle vizsgálati elvek alapján; ugyanis felhígított tojásfehérjét fecskendezve házinyúl hasüregébe, néhány nap múlva ennek vérsavójából néhány csepp tojásfehérje oldatához adva, a fehérje kiesapódott s ezen reactio oly érzékeny, hogy 1:100,000 oldatban is kifejezett, továbbá csakis tojásfehérjében mutatkozik, míg egyéb fehérjeanyagokkal negativ. A reactio galambtojásfehérjével is pozitív volt. A savót

egy óráig 600-ra melegeitve, a reactio intensitásából mit sem veszített. (Deutsche med. Wochenschrift. 1900. Nr. 46.) Kövesi Géza dr.

Az intermittáló epelázról (fièvre hépatique intermittente Charcot) közöl tanulmányt *Friedel Pick* prágai magántanár. Még nem tartja eldöntöttnek, vajjon különálló betegség-e ez; az intermittáló epeláz elnevezést azonban egyelőre fentartandónak jelzi az epeutak infectioinak csoportjába tartozó azon esetek számára, melyek a következő sajátosságokkal bírnak: 1. Időnként, feltűnő szabályszerűséggel jelentkező intermittáló láztypus és protrahált lefolyás. 2. Az epeutak gyulladásának nem genyves volta, úgyszintén teljes hiánya mindennemű lobos vagy genyedő gócnak úgy a májban, mint az egész testben, dacára a betegség több hónapig elhúzódó tartamának és a rázóhideggel és soporral járó gyakori erős lázrohamoknak. 3. A nitrogen- és húganykiválasztás tetemes csökkenése, a mely egyrészt ellentétben áll a húganykiválasztásnak láznál általában észlelhető fokozódásával, másrészt pedig ellene szól azon manapság érvényben levő tannak, mely szerint a húganyképződés a májhoz vitt ammoniak sókból történik.

A betegségnek előben való felismerésére támpontul szolgálhat szerző azon tapasztalata, hogy a lázmentes időben és kezdetben a lázrohamok alatt is leukocytosis hiányzik.

A prognózis tekintetében szerző egy esete is mutatja, hogy a betegség még több hónapi tartam után is gyógyulhat. Különbözik a prognózis az alapbetegség lefolyásától függ; ha ez — többnyire choleochus elzáródás epekő által — megszűnik, akkor az epeutak infectioja is gyógyulással végződhetik. De az alapbetegség fennmaradása dacára is visszafejlődhetik az epeút-infectio, mint szerző egy esetében, a melyben a halál előtt két hónappal teljesen megszűntek a rohamok. Ilyenkor azonban azt tapasztalni, hogy a májban súlyos elváltozások jönnek létre (biliaris cirrhosis).

A gyógyítás szempontjából a főgondot természetesen az alapbetegség megszüntetése kell hogy képezze, a mi a legtöbb esetben kellő időben való sebész beavatkozást igényel. A különböző antipyreticumok, továbbá chinin és salicylkészítmények szerző esetében teljesen hatástalanok voltak. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 69. kötet, 1. és 2. füzet.)

Sebészet.

Bőrfelületével az orrűreg felé fordított nyelés arczebenyek alkalmazásáról részletes orrplastikánál ír *Hacker*. Egés által keletkezett orrhegydefectust és a jobb orrszárnny felhúzódat, valamint kifordulását szüntette meg az által, hogy a felhúzódat orrszárnnyat körülmetszette, azt lejjebb varrta és az ez által keletkezett penetráló anyaghiányt a jobb orroldalnak epidermis felületével befelé fordított arczebennyel fedte be; ez által az orrszárnny lejjebb került és a lebeny külső sebfelszíne, sarjadzással való begyógyulása után, az orrszárnny normalis ivelttségének megfelelő heges behúzódat adott. Az eredmény kedvező volt. Az orr normalis alakú és nagyságú lett, eltekintve kisebb hibáktól: így a septum igen rövid, az orrhát alacsony volt és így hiányzott az orrhegy; szembe nézve az orr laposnak látszott és az orrlyukak inkább haránt, mint nyílirányú redőket képeztek. Az orrhegy pótlására és az orrhát emelésére a hártás orrszárnny eltávolította és ezt, valamint az orrhegyet a felső ajak közepének egész vastagságából vett lebennyel üdönképezte. Az eredmény kielégítő volt.

Az orr porczos részének legkülönbözőbb anyaghiányai pótolhatók ezen plastikával, még pedig kétféle módon:

1. Hol az anyaghiány egészen az arczig terjed és a hol a defectus már nem friss, ott a hiányzó orr oldalát vagy az orrszárnnyat az arczebeny direct átfordításával pótolja.

2. Ott, hol az anyaghiány nem olyan kiterjedt, vagy a hol félő, hogy a lebeny nem fog kellően tápláltni, a lebeny alapját az arczon távolabb kifelé helyezi. Itt később a bőrhídat a lebeny alapjánál átmetszi.

Thiersch-lebenyekkel csak akkor fedi a lebeny külső sebfelszínét, ha el akarja kerülni a lebeny zsugorodását.

Első eljárása abban különbözik Israelétől, hogy a lebeny átfordítási helyét később nem metszi ki, hanem hivatva van utánozni a természetes átmenetet az arc és orr között, eltekintve attól, hogy szerző sem itt, sem második eljárásánál, mely inkább hasonlít Israeléhez, nem használ dupla lebenyt, mert ez mindig kiemelkedik a környező nívauja fölé. (Beiträge zur klinischen Chirurgie, XXVIII. kötet, 2. füzet.)

Kuzmán Oszkár dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Laparotomiánál a hasban felejtett gazetörő bevándorlása a bélbe. *Merttens* (Düsseldorff) közli a következő érdekes esetet: 28 éves nő, ki kétszer szerencsésen szült, harmadszor abortus után súlyos gyuladást kapott, melyben félévig fekvő beteg volt, azután pedig még három évig synyilódott a következmények miatt. Hosszadalmas conservativ orvoslás dacára a baj után kétoldali adnextumor maradt és sokszoros összenövés a medenczeszövet között. E miatt operálta végre is a beteget „teljesen hozzáférő” operáló; nehéz laparotomiával eltávolította az adnextumort 1899. március havában. Utána még két hónapig feküdt a beteg kórházban, mialatt feltűnő volt a makacs székrekedés. A fájdalmak nem szűntek meg teljesen. Augusztus végén pedig újra jelentkezett a beteg M. klinikáján, kinzó göresös fájdalmakkal, melyeket most magasságon, a köldök táján érzett. A behagyott méh és környezete csakugyan nem is volt érzékeny; a hassebb is jól begyógyult. De a köldöktől jobbra ökölnyi hengeres tumor volt tapintható a hasban, melyet M., ki a beteget azelőtt kezelte, eddig nem vett

észre. Azért mindjárt az a gyanuja támadt, hogy valamit benfelejtettek operatio alatt a hasban. A bélesatorna ugyan átjárható volt, de a beteg sokat kezdett hányni s vitalis indicatióból rászánta magát a tumor eltávolítására augusztus 29-dikén. A has megnyitása után idegen testet nem talált, hanem igenis orsóalakú daganatot egyik vékonybélkacsban, mely feszesen oda volt nőve a jobb csipőtányérhoz sokszoros adhaesióval. A mint ki akarja szabadítani, beszakadt a bél a tumor felső végén, harántul egész a mesenteriumig s ekkor látja, hogy jókora nagy gaze-kendő van benne, mely a daganatot okozta; bélsárral teljesen átjárva, rendkívül bűzös volt. Eltávolítva óvatosan a tömlőt, összevarrta a belet s drainezte a környékét a hasseben keresztül gazeccsikkal. A beteg felgyógyult. Ugy látszik, előbb genyedés támadt volt az eltokolódott kendő körül, erre mutattak a kiterjedt adhaesiók, melyek a bélkacsot a csipőizülethez rögzítették. E genyedés tört először a bélbe s így jutott utóbb be a kendő is. Hasonló esetet közölt egyik sebészcongressuson *Rehn*, a hol félév múlva távolították el a benfelejtett mulikendőt. Ez esetben nem is volt már sok összenövés a bélkacs körül, de gangraena kezdődött, mely miatt 40 cm. darabot resecálni is kellett. Harmadik esetet közölt *Michaux*, kinek esetében már négy hét múlva kezdődtek a göresös fájdalmak. A második operationál egész tömege a bélkacsoknak volt összenövés s mikor széjjel kezdte bontogatni, beszakadt a bél s benne megtalálta a jodoformgaze-kendőt. Ez a beteg meghalt. Az előbbi felgyógyult. (Centralblatt für Gynäkologie. 1900. 4.)

Doktor dr.

Orr-, torok- és gégebabajok.

Az aortabillentyű elégtelenségének kíséretében fellépő lükte-tési tünetenyekről a száj- és garatüregeben. *H. Schlesinger* negyven részint egyedül álló, részben más bántalmakkal complicált aortabillentyű-elégtelenségben szenvedő betegnél a száj- és garatüreget megvizsgálva, a következő eredményre jutott.

E bántalomnál a mozgási tünetenyek két, sokszor külön-külön, máskor egymásba olvadó, kevert csoportba oszthatók.

A lükte-tés lehet első ízben közlött és mint ilyen főleg a mandolákon, a szájpadívek oldalsó részletein és a nyelvgyökön látható. A mandolák mozgása sokszor igen feltűnő, kiváltképpen a carotisok megtelődése alkalmával a tonsillák és az oldalsó garatfal előre tolulása szembetűnő.

A mozgások másik faja a légnyrészek időleges duzzadásából és lelohadásából áll. Igen jól látható ez olykor a nyelven és nevezetesen a nyelv szélein, mely systole alkalmával megvastagodik, diastole alatt viszont megvékonyodik. A szájpadívek duzzadás közben előfelé mozognak, az uvula megnagyobbodik és hegyével az egyidejűleg felfelé emelkedő nyelvgyökhöz közeledik.

A mozgások kifejezett nagyobb fokú billentyűbántalmaknál a systolenek és diastolenek megfelelőleg egy, sőt másfél millimetryni kiterjedésre is fokozódnak. (Wiener klin. Woch. 1900. Nr. 40.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Dohányfüst rhinitis hypertrophicánál. *E. Dicken* a rhinitis hypertrophicában szenvedő dohányzóknak azt ajánlja, hogy a füstöt az orrpon bocsássák ki. Minél erősebb dohányt szívna, annál jobb! A dohányfüst kitűnő antisepticum, a mikrobákat megöli és egyszersmind a nyálkahártya ingerlékenységét is alászállítja. (Memorabilien, 1900. október.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Az orrban létrejött összenövések műtévése után az orrfalak egymástól távoltartására, avagy műtévése után épen az összenövések megátlására *Sturmann* dr. a legutóbbi berlini laryngologus ülésen általa konstruált lapos ezüst csővecskéket mutatott be. A műszer nem talált jó fogadtatásra, a felszólalók egy része oda nyilatkozott, hogy e czélra az egyszerű staniolpapir sokkal jobban megfelel.

Tóvölgyi Elemér dr.

Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

A gyomorbennék pangásának megakadályozására oly esetekben, melyekben a pangás okát nem állandó mechanikai akadály képezi, *Martinet* a következő egyszerű eljárást ajánlja: a beteg gyengén emelt fejjel jobb oldalára fekszik, mihelyt a pangás okozta nehézségek jelentkeznek és ebben a helyzetben kortyonkint megiszik egy csésze hársfavirág- vagy chamomilla-theát. Az eljárás magyarázata az, hogy ebben a helyzetben ürülhet a gyomortartalom legkönnyebben a bélbe. (La presse médicale, 1901. 1. szám.)

Fájdalmas dentitio ellen a foghúsnak következő szerrel bedörzsolését ajánlják: Rp. Acidi citrici, Aquae destill. aa 0.15; Cocaini hydrochlorici 0.10 Syr. simpl. 20.0; Tinct. vanillae guttas X. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, 1900. 23. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 6. szám. *Felletár Emil*: Tej által okozott mérgezés. *Baumgarten Egmont*: A budapesti poliklinika orr-, torok- és gégeosztályának 1899. évi működéséről. *Herszky Manó*: Érdekesebb orvostudományi munkálatok az 1900. évben. *Medvei Béla*: A gyakorló orvos mint házi orvos.

Orvosok lapja, 1901. 7. szám. *Weisz Ede*: Casuistikus közlemények a pöstyéni munkáskórházról az 1900. évi idényben.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 6. szám. *Blum*: Az orrnyálkahártya megbetegedései esztergályosoknál. *Lukács*: Diplegia facialis

hysterica. Pendl: Idegen test a férfihúgyhólyagban. *Urbantschitsch:* A gége-orrtükör vizsgálatkor elhomályosodásának megakadályozása.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 6. szám. Stiller: Diarrhoea és obstipatio albuminuria. *Mayer:* A conjunctiva-zsákból kiinduló fertőzés. *Schoenfeld:* Az idült gonorrhoea viszonya az impotentiához. *Vajda:* Urethro-calibromanometer. *Wick:* Traumás hysteria esete.

Wiener medizinische Presse, 1901. 6. szám. Schnitzler: Intra-abdominalis genyedés néhány alakja és kezelése. *Zechmeister:* A lepra Dalmáciában. *Grün és Braun:* Kísérletek tropinnal.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 6. szám. Behring és Kitashima: Az öröklött mérgefogékonyság csökkentése és fokozása. *Erlenneyer:* A munka jelentősége idegbajosok kezelésénél sanatoriumokban. *Neumann:* A Tallerman-féle készülék. *Zimmermann:* Tapasztalatok a Tallerman-féle készülékkel. *Blumberg:* Gyermekági láz kezelése Marmorek-féle antistreptococcus-serummal. *Greeff:* Gonorrhoea szem-bajok.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 6. szám. Meyer: A heveny izületi csúsz bakteriologiája. *Uhlenhuth:* Módszer különböző vérenemek megkülönböztetésére. *Wiesinger:* Gyomor-volvulus esete a cardia és pylorus teljes elzáródásával. *Rothschild:* A hegképződés okozta hólyagszűkület és gyógytana. *Adler:* Néhány köszvény-tünet értelmezése. *Strebel:* A magas feszültségű szikrafény bakteriumölő hatása. *Haake:* A siketnémaság kezelése. *Gsell-Fels:* A szokásos sebkötözés módosítása. *Samter:* Aneurysmák elektrolytikus kezelése.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 6. szám. Stroganoff: Kád-fürdők használatáról vajudó nők testének tisztítására. *Livifors:* A gyógyfolyamat gümőkóros peritonitisnél hasmetszés után.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 5. szám. Gubaroff: Az átmetezett ureter restitutioja direkt összevarrással. *Wolff:* A ferde alszártörés kezelése Bardenheuer-féle extensioval.

Centralblatt für innere Medizin, 1901. 4. szám. Esser: Adat a tüdőbeli keringés zavarának tanához. 5. szám. *Könesi:* A senilis fehérjeforgalomról. 6. szám. *Rosenfeld:* A szívvelszírosodásról.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 58. kötet, 3. és 4. füzet. Rydgyer: 1880 óta végzett gyomorműteteimnél tett tapasztalataim. *Rose:* A hasüreg nyílt kezelése appendicitisnél. *Neumann:* Hernia retrocoecalis incarcerata laparotomiával meggyógyított esete. *Herz:* A Trendelenburg féle saphena resectio. *Neumann:* A gyomortágulat sebészi kezelése pylorospasmus és hyperaciditas esetében. *Noeggerath:* Közvetlenül a levegőtől származó csírok viselkedése friss állati sebekben. *Engelhardt és Neck:* Elváltozások a szájon és gyomron omentumlekütesek után. *Beck:* Tendinitis és tendovaginitis proliferá calcareae. *Reich:* A penis bőrének plastikus pótlása a scrotumról. *Flaischlen:* A retroflexio gyógyításának mai állása. *Köhler:* Néhány ritka csontdaganat.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1901. 1. füzet. Wernicke: A hallucinatio, a gyámoltalanság és desorientáltság egymáshoz való viszonya. *Probst:* Teljes amusiával párosult tökéletes kéregvaktság esete. *Juliusburger:* Materialistikus psychiatria. *Förster:* A localisatióképesség sensibilitaszavarokról.

La semaine médicale, 1901. 6. szám. Rendu: Appendicitis utánzó typhus; műtét, halál.

Le bulletin médical, 1901. 5. szám. Maclaure: A sebészi teratologia haladása. 6. szám. *Lannelongue, Achard és Gaillard:* A klima befolyása a kísérletes tüdőgümőkór. 7. szám. *Aviragnet:* A gyermekori rhino-pharyngitis és complicatioi. 8. szám. *Antony:* Variola és vaccina a gyarmatokban és a metropolisban.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 6. szám. Wettendorff: A tengeri levegő hatása a szervezetre, főleg a vérre.

British medical journal, 1901. február 9. F. T. Paul: Idült arczárak esete. *J. L. Bunch:* Herpes tonsurans emberről és állatról. *Malcolm Morris:* A lupus és az ulcus rodens Finsen-féle fényterápiája. *J. H. Sequeira:* Ulcus rodens kezelése Röntgen-sugarakkal. *G. Duffey:* Bacteriologiai és pathologiai laboratoriumok szükségessége Dublinban. *W. Witthead:* A hemierania sebészi kezelése. *A. E. Wright:* Typus ellenes védőoltások eredménye. *Roderick Maclaren:* Felületes syphilitikus gummák kezelése. *C. H. Gunson:* Tuberculinnal kezelt lupus-eset. *H. G. Tymms:* Négy hónapos gyermeknél intussusceptio miatt végzett laparotomia, gyógyulás. *W. H. Thompson:* A pons gliomája. *G. F. Stooke és J. G. Watt:* Sokszoros májtályogok appendicitis után.

The lancet, 1901. I. 6. szám. Mayo Robson: Gastrikus haemorrhagia és sebészi kezelése. *Howship Dickinson:* Diabetes. *Bland Sutton:* A daganatképződéssel szövődött terhesség és szülés sebészete. *W. Osler:* Typhus okozta perforatio tüneteinek alaposabb tanulmányozása tekintettel a korai műtétre. *Reginald Harrison:* A húgyköképződés módjáról. *L. G. Guthrie:* Myasthenia gravis pseudoparalytica. *Kempton Brown:* Ptomain-mérgezés vagy átfúródás? *Wm. Wernicke:* Cerebellaris vérzés kifejezett korai cervicalis opisthotonusal és Kernig-féle tünettel. *A. W. Lea:* Medencebeli sarcoma chylosus ascitissal; műtét, gyógyulás. *Harry Campbell:* Gyógyászati reflexiók. *A. E. Wright:* Typhus ellenes védőoltások eredménye. *Gordon Sharp:* Alstonia constricta influenza ellen. *Campbell M'Donnell:* Diphtheria antitoxin használata a szájon át. *E. J. Woolley:* Epitheliomát utánzó daganat rovarcsípés után. *F. J. Smith:* Colon transversumba áttört májchilococcus. *O. J. Kauffmann:* Az aorta thoracica rupturája.

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 5. hetében (1901. január 27-dikétől február 2-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 725,013, katona 16,000, összesen 741,013. Elveszületett 494 gyermek, elhalt 343 egyén, a születések tehát 151-el múltak felül a halálozásokot. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 34.7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 24.1, az egy éven felüli lakosságnál: 19.7, az öt éven felüli lakosságnál: 17.6. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 1, morbilli 4, scarlatina 9, variola —, cholera asiat. —, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 5, egyéb ragályos betegségek 8, meningitis 16, apoplexia 8, eclampsia 8, szívi szívbaj 22, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 44, tuberculosis pulmonum et phthisis 55, diarrhoea et enteritis 12, gastro-enteritis —, rák és egyéb újképletek 2, ezek közül méhrák 0, morbus Brightii et nephritis 4, rachitis 3, scrophulosis 0, veseszületett gyengeség és alkathiba 17, atrophia et inanitio 3, marasmus senilis 25, erőszakos haláleset 5 ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 2, baleset 2, kétséges 1 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3018 beteg, szaporodás e héten 925, csökkenés 877, maradt e hét végén 3066 beteg. B) Hevenyragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1901. évi január 29.-étől február 4.-áig terjedő 5. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 47 (42), diphtheria, croup 13 (17), hagymáz (typhus) 3 (3), kanyaró (morbilli) 120 (132), trachoma 7 (8), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 23 (24), orbáncz (erysipelas) 21 (10), gyermekági láz (febr. puerp.) 2 (0), ezenfelül variella 46 (21).

○ Az országos közegészségi egyesület napirendre kitűzött előadásai. Február 20-dikán: *Hegedüs Ármin:* „A fővárosi iskolák építéséről”; február 27-dikén: *Krausz Arthur dr.:* „A házi vízzűrőkről”; márczius 6-dikán: *Szilágyi Gyula dr.:* „A községek ivóvizéről”; márczius 13-dikán: *Lantos Emil dr.:* „A női ruha reformálásáról”; márczius 20-dikán: *Weiner Emil dr.:* „A szépitő szerekéről”; április 3-dikán: *Schuschny Henrik dr.:* „Család és iskola”; április 10-dikén: *Jurkiny Emil dr.:* „A fővárosi kórházakról.”

— Beküldetett. *Jegyzőkönyv.* Az országos orvos-szövetség pestvármegyei fiókjának 1901. évi február hó 7-dikén tartott rendkívüli közgyűlése megbotránkozással vette tudomásul, hogy Vecsésen egy temetkezési egyesület orvosi állásra pályázatot hirdetett.

Miután köz tudomású dolog, hogy ez esakis az ottani községi orvos ellen intézett személyes bosszú műve, a ki egyéni, mint orvosi tekintetben úgy községekben, mint a megyében köztisztvisletben álló jeles orvos és kartárs, figyelmeztetjük a pályázókat, hogy — miután egy másik orvos úgy sem élhetne meg — ne engedjék magukat félrevezetni. A fiókszövetség nevében: *Hirkó László dr.,* elnök, *Krajcsik Rudolf dr.,* alelnök, *Fuchs Ignác dr.,* h. jegyző.

⊕ A *Taufer-féle* szülészeti poliklinikum segélyét január hóban 137 esetben vették igénybe, nappal 109, éjjel 25 esetben, 92 műtéttel. Gyermekágiyasok látogatási száma 157.

△ A *Kézmárczky-féle* szülészeti poliklinika január hóban 66 esetben 38 műtéttel nyújtott segély. Gyermekágiyasokat 17 esetben látogattak meg.

⊥ A budapesti önkéntes mentő-egyesület január hóban 761 esetben nyújtott segélyt.

† Elhunyt *Fekete Zoltán dr.* 39 éves korában Kisújszálláson.

„**Fasor-** (Dr. Herezel-féle) sanatorium.” (Ujjonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére.) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kifünő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponta négyezer megajul, **localis iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és ádud-fürdők. Kifünő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: Budapest, V., Zoltán-utca 10.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (IV. rendes ülés 1901. február hó 9-dikén.) 115. lap. — Közkórházi orvostársulat. (II. bemutató szakülés 1901. január hó 30-dikán.) 116. lap. — A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XXVII. ülés 1900. évi május hó 8-dikán.) 117. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 118. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes ülés 1901. február 9-dikén.)

Elnök: Schwarz Arthur; jegyző: Ritoók Zsigmond.

Enkephalopathia infantilis.

Lukács Hugó: A beteg fogzáskor egy lázas, hányással kezdődő betegséget szenvedett el, mely alatt eclampsiás rohamai voltak. A lefolyás után vették észre, hogy bal oldala hűdött. A beteg lassan fejlődött, később tanult meg járni, beszélni, az iskolában nehezen tanult, az írást-olvasást 8 év alatt sajátította el. A gyermek rossz, makacs, durva, szüleihez nem vonzódik. Atyját meglopja. 13 éves koráig ágyba vizelt. Időnként 10–12 óráig tartó abszence-ai voltak, melyek hányással kezdődtek, melyek alatt zavartan viselkedett és melyekre visszaemlékezni nem tudott. E rohamok 16 éves korában bromkezelésre megszűntek. 2–3 hónap óta időnként zavart, izgatott, szerelmes, házasodni akar. Helyzetét, e lépés fontosságát mérlegelni nem képes, felvilágosítani őt nem sikerül.

Strabismus convergens. A nervus opticus részleges atrophiaja. Visus csökkent. Degenerált fülek, fogazat. Baloldali végtagok spastikus hűdése. Csont, izomzat bal végtagokon atrophikus. A kerületkülönbség 2–3 cm. Kézujjak megrövidültek, kéz felett a bőr cyanotikus. Vérnyomás baloldalt felényi! A térdtünetek fokozottak. Kéz derékszögben contrahált. Feltűnő, hogy a jobb (ép) oldal mechanikus izomingerlékenysége nagyfokban fokozott.

Kiemelendő a betegnél, hogy az epilepsia tünetét csupán abszenceok képezték. Ritka tünet a szemideg részleges atrophiaja. Az ép oldal mechanikus izomingerlékenység fokozódásának okát adni nem lehet. A beteg alkohollal nem él.

Az ily kórformának általánosan elismert elnevezése nincs. A három főtünet, mozgászavar, epilepsia és imbecillitás közül a legkifejezettebbel szokták megnevezni, pl. hemiplegia infantilis, epilepsie post-hemiplegique stb. A három tünet igen különböző fokban mutatkozik, hemiplegia, athetosis, chorea és a velők párosuló trophikus zavarok igen különböző fokúak lehetnek, az epilepsia ugyancsak sok formát ölt, petit mal, Jackson-féle epilepsia, teljes eszméletlenséggel járó rohamok, sőt état de mal előfordulnak, a gyengeelméjűség a legnagyobb fokú idiotismusig mehet. A tünetek e változatossága az oka, hogy a kórkép klinikailag ma nincs egységesnek ismerve. Az anatómiai kép sem lehet egységes, mert a primaer laesio, akár encephalitis, trauma vagy intoxicatio volt az, a fellépés ideje és localisatioja szerint más és más következményes degeneratiót, de a mi ennél fontosabb, hypo- és aplasiát fog okozni. Mai ismereteink mellett e tényezőket kellőleg méltányolni nem tudjuk. Az aetiológiai egységet egy a fejlődő gyermeki agyat ért, bármily természetű, laesio képezi.

Az általam használt elnevezés, az enkephalopathia infantilis nem új, a francia szerzők, habár nem következetesen használják. Ajánlom ez elnevezés használatát.

Sérüléses szemizombénulás ritka esete.

Pór Dezső: A beteg bal szemöldök táját kocsiút megütötte. Az ütés következtében kettős képek léptek fel. A szem mozgása erősen korlátozott lefelé és kifelé. A kettős képek és e mozgási korlátozottság a bal szem alsó egyenes és külső egyenes izmának bénulása mellett szólnak. Hogy mi módon jött ez létre, azt biztosan megállapítani nem tudjuk. Leginkább valószínűnek látszik, hogy a m. rect. inf.-t ellátó oculomotorius ág és a m. rect. externust ellátó abducens ág szenvedett sérülést és okozta ezt az állapotot.

Mint ritka eset, minden esetre felemlítést érdemel.

A szív megbetegedéseit kísérő bőrhypervalgésiákról.

Benedikt Henrik: Előadó a zsigermegbetegedéseknél fellépő két-féle fájdalmat ír le, melyek egyike localis, míg a másik kisugárzás útján jön létre. A kisugárzó fájdalomnak kriteriumai háromfélék: először a fájdalmat nemcsak a megbetegedett zsiger felett, a mellkasban vagy a hasban, hanem a hátán is érzik. Másodszor azok a pontok, melyek spontán legfájdalmasabbak, nyomásra szintén érzékenyek. Ezek a nyomási pontok, melyek közül a Boas-féle nyomási pontok gyomormegbetegedéseknél legismertesebbek. Harmadszor a fájdalmas zsiger felett a bőr felületes érintéssel vagy egy más gyengébb behatással szemben hypervalgésiás. Ezen hypervalgésiák a testet félkör alakban veszik körül, többé-kevésbé vízszintes határokkal bírnak és egy ugyanazon szerv megbetegedésénél mindig ugyanabban az elrendezésben és ugyanazokkal a határokkal térnek vissza. Ezek a hypervalgésiás bőrzonák, melyeket Head tanulmányozott először.

Ezen hypervalgésiás bőrtérületek Head vizsgálatai szerint meg-egyeznek azokkal a területekkel, melyeket a herpes zoster meg szokott támadni és sem a peripherikus idegek kiterjedésének, sem a spinalis érző gyökök elágazódási területének nem felelnek meg. Legvalószínűbb, hogy egy bizonyos spinalis segmentóval állanak összefüggésben. Head

e szerint 11 dorsalis, 5 lumbalis és 5 sacralis szelvényt különböztetett meg. Más-más zsigermegbetegedéseknél más-más mellkasi vagy bőrszelvények válnak hypervalgésiásokká; de a legfeltűnőbb az, hogy azokkal együtt bizonyos fej- és nyakszelvények válnak érzékenyekké, melyeknek megfelelőleg a beteg spontán fejfájást is jelez. A betegnek hepatogen, gastrikus, cardiacus fejfájásai tehát ilyen módon igen realis alappal bírnak.

Ilyen kiterjesztett irradiációs jelenség a hemialgia; előadó t. i. azt találta, hogy fájdalomérzést említő szívbetegeknél, akár organikus, akár functionalis természetű a betegség, a bal oldal érző idegei, a supraorbitalistól a peroneiáig nyomásra fájdalmasak.

Előadó azután a hypervalgésiák szelvény jellegét bírálja az ő esetei kapesán; a maximalis foltokat a szelvényeknek leginkább megfelelőeknek találta, melyekből a szelvényes hypervalgésiák tipikus vagy atypikus módon fejlődnek.

Áttérve a szívbetegekre, először ezen hypervalgésiák esetleges diagnostikai jelentőségét fejtegeti; szerinte és szív-fájdalmak és szív-sensatiók nem anatómiai, hanem biológiai functionalis okokból keletkeznek, melyek a functionalis és bonczati elváltozásokra nézve közösek.

Vizsgálataiból azt a meggyőződést is meríthette, hogy milyen ingatólag az a válaszfalt, a melyet a functionalis és organikus szívbajok közt vontak. Igen kiterjedt anyagon dolgozott, melyből 180 eset szolgál fejtegetése alapjául. Előadó mindazokat az eseteket vette tekintetbe, a melyekben a mellkasi aorta felső részében és a belőle kiinduló nagy törzsökben feltűnő hypertensio volt. Ide tartoznak az aneurysmák, arterio-sclerosis, nephritis interstitialis és bizonyos állandó hypertensioval járó neurosisok elhízott nőknél, a Basedow bizonyos formáiban. Jellemző mindezekre a fájdalomosság a vállcsúcsokban, tarkón és a karok külső oldalán, főleg baloldalt. A leginkább bántalmazott segmentum az előadó szerint a cervicalis segmentum; az ötödik cervicalis segmentumnak megfelelően szintén két állandó érzékeny foltot fedezünk fel a felkar külső oldalán. Az aortának legkezdetibb része, valamint a bal gyomrocs, főleg az alsó két dorsalis segmentummal áll vonatkozásban. Ezek közvetítik a classikus szívfájdalmat. Előadó megbeszéli az acut szívtágulásokat fertőző betegségeknél és az idiopathikusan létrejövőket, a hyperdiastolés functionalis állapotokat, aorta insufficienciákat, angina pectoris verat. A bicuspidalis bántalmaknál a fájdalmak az 5–8-dik háti segmentumokban lépnek fel, stenosisnál gyakoriabbak és intenzívebbek a fájdalmak, mint insufficienciánál. A bal pitvar az incompensatio előrehaladtával atonikusan tágul, fájdalmat és hypervalgésiákat nem vált többé ki. A jobb gyomrocs insufficienciá válásánál a máj feszülése és az ebből származó fájdalmas sensatiók lépnek előtérbe.

Előadó az ezen módszerrel elérhető eredményektől a szívbajok diagnostikájában sokat vár!

Korányi Sándor: A Head fölfedezéseire fűződő kórtani és klinikai kérdésekre nem akar szólni kitérni, de egy fontos kérdést akar érinteni, mely a gyakorló orvost érdekli.

Nagyszámú vizsgálatból merített meggyőződése szólnak, hogy a gyakorló orvos is nagy hasznát veheti néha a hypervalgésiás zonák meghatározásának a diagnosis megállapításánál. Ezek közül egy pár tipikus esetet sorol fel. Így az appendicitisnél régen ismert pont a Mac Burney-pont, a 11-ik dorsalis zonának punctum maximuma, ettől ki- és befelé terjed egy tipikus Head-féle zona egészen hátra a gerincoszlopig és a has középvonaláig. A typhus abdominalisnál is a második hét vége felé ez a zona szokott hypervalgésiás lenni. Hasonlóképp a has felett tuberculosus bélfelekénél van egy hypervalgésiás zona, a minek meg lehet a maga jelentősége, mikor eldöntendő, hogy a peritonitis tuberculosusnál érdemes-e laparotomiát végezni vagy nem. Fontos differentialis diagnostikus momentumot szolgáltathatnak a hypervalgésiás területek, mikor nem vagyunk tisztában, hogy a női genitáliákból vagy pedig appendicitisből indul-e ki általános peritoneitis; mert ha a női genitáliákból indul ki, akkor a Head-féle zona genitális, a harmadik lumbalis zona a czomb belső felületén, térdén, esetleg a negyedik és az alsó belső felületén le a lábáig hypervalgésiás; appendicitisnél pedig az ennek megfelelő zona ilyen a hason.

Döntő volt egy perforatios peritonitis esetében a hypervalgésiás zona, mikor a betegnek pulsusa már nem volt és az általános nyomási fájdalmakon kívül az appendicitisnek megfelelő hypervalgésiás bőrzona bizonyította, hogy a peritonitis appendix-perforatio következménye. Egy másik esetben a női genitáliákra utalt ez a tünet. De néha nincs hypervalgésiás zona, mint egy legutóbb bonczolt esetben, mikor pedig perforált pyosalpinx volt constatatíható.

Máskor arról lehet szó, hogy aneurysma vagy mediastinalis tumor van-e jelen. Aneurysmánál megvannak az aortabeli túltensionak megfelelő tipikus zonák. Epen így az aorta felső részének tágulatánál és a hasi aorta tágulatánál. Ez utóbbi előfordul sokszor sovány, máskor azonban jól táplált asszonyoknál, ritkán férfiaknál. Az ilyen tágult aortának megvan a hajlandósága paroxysmusokban fellépő fokozódó tágulásra, a mint azt először Rosenbach írta le. Ezen paroxysmusok nagy fájdalmakkal járnak, a melyek különféle kólikákat utánozhatnak.

Alattuk a hason hyperalgesia lép fel, úszónadrág területén, a mely baloldalt erősebb mint jobboldalt és a többi tünet mellett az állapot helyes felismerésére vezethet.

Csak azért hozta fel szövegeket, hogy előadónak amaz állítását, hogy Headnek ezen munkája megérdemli a gyakorló orvos figyelmét, igazolja.

Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1901. január 30-dikán.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

Vivőértágulások bemutatása.

Haberern J. Pál: Több mint 10 év óta foglalkozik az alsó végtagokon előforduló vivőértágulások operatív kezelésével. Az 1891-ben megjelent közkórházi évkönyvben kiterjedt vivőérkiáltásokról számolt be.

Ezen hosszú évek során tett tanulmányainak eredményeiről nagyobb közleményben fog beszámolni. De miután a legjellegzőbb esetek egy előadási napra nem gyűjthetők össze, időközönként mutatja be a marokans eseteket.

Az alsó végtagon előforduló vivőértágulások gyógyításánál nagy szerepet játszik a Trendelenburg-féle operatio, melyet megelőzőleg a Trendelenburg-féle tünetet kell kimutathatnunk.

A vivőértágulások bizonyos eseteiben ugyanis a baj nagyobb fokánál a vena saphena major billentyűi elégtelenséggé válnak s így a lábszár tágult vivőereire a jobb szívtől le korlátlanul súlyosodik a vér-összlop. Ezen abnormis vérnyomás a pathologikus viszonyokat fokozza.

A saphena leköteése, illetőleg resectioja által a lábszár vivőerei ezen nyomás alól felszabadulnak s a vena iliaca és cava véroszlopa nem nehezedik a varixokra.

A 27 éves hajóslegény jobb lábszárán enyhén kiszorítva a vivőerekből a vért s ezután a saphenát a czomb alsó harmadán leszorítva, a varixok vérteltsége nem áll helyre. A saphenát a nyomás alól felszabadítva, ezek rohamosan megduzzadnak s vérrel megtelnek.

Klinikai bizonyítéka a Trendelenburg-féle elmélet helyességének.

Irido-cyclitis scrophulosa.

Fejér Gyula: Az iritis aetiologiájában legfontosabb szerepet játszanak a rheumatismus és lues; az esetek legnagyobb része e betegségek következtében keletkezik. A scrophulosis és tuberculosus szintén idézhetnek elő szívrárványhártya gyuladást, de nagyon ritkán, különösen némely szerzők az iritis scrophulosa kórképét határozottan tagadják és állítják, hogy a legtöbb ilyen esetben veszületett syphilissel volt dolgunk. A tuberculosus vagy szétszórt alakban vagy solitaer gümők alakjában léphet fel a szívrárványhártyában, nagyon ritkán gyógyul, de legtöbbször a szem pusztulását vonja maga után. Az észlelők még abban sem tudtak megegyezni, hogy a szívrárványhártya-tuberculosis elsődleges vagy másodlagos megbetegedését képezi-e a szervezetnek és ennek következtében a gyógyeljárásra nézve sincs biztosan felállítva az indicatio. A francia szerzők az iris jóindulatú daganatait írták le „lymphomes de l'iris” név alatt, melyek a nyirkmirigyek megbetegedéseinek és leukaemia lienalisnál fordulhatnak elő. Ezen daganatok soha nem gyenyednek, inkább a gummával téveszthetők össze. Górcsővilág az iris szövetében a fehér versejtek nagy halmazát lehet találni. Könnýű esetekben lassan szétesnek, az iris szövetének sorvadását és rajzolatának elmosódását, heget hagynak hátra, a súlyosabb esetekben pedig a szemteke sorvadásával végződnek. Leginkább fiatal egyéneknek fordulnak elő és megelőzik a leukaemia egyéb szervi megbetegedéseit.

A szívrárványhártya tuberculosisát több esetben észlelték. **Mohr** doctor két esetet mutatott be a kir. orvosegyesületben, mindkét alkalommal a szemet enucleálni volt kénytelen, mert az iris megbetegedett részletének kimetszése sikerrel nem járt, de nem járt sikerrel a szemteke eltávolítása sem a betegség tovaterjedésének megállítását illetően, mert egyik esetben csontgyulladás lépett fel, szintén tuberculotikus alapon. Az iritis scrophulosa sok tekintetben hasonló a veszületett lues következtében fejlődött gyuladáshoz.

Fuchs szerint jellemző a szalonnaszerű és kinézésű praecipitatum és izzadmány, mely a csarnokzúgából indul ki. Ugy scrophulotikus, mint verszegény gyermekeknél előfordulhat.

Szólo egy 10 éves leánygyermeket mutat be, ki gyenge testalkatú, vérszegény és a kin scrophulosis jeleit illetően az áll alatti mirigyeken és a sokszor kiújuló eczema nariumon kívül mást találni nem lehet. Atyja pár hét előtt tüdővészben halt el, anyja, négy testvére egészséges, egyik testvére két éves korában tüdőgyulladásban, másik égés következtében halt meg. Morbillin kívül más betegségben nem szenvedett.

Múlt év szeptember hó végén környezete észrevette, hogy jobb szemével kancsalit és rosszul lát. E miatt jelentkezett a Margit-kórházban, mely alkalommal kintint, hogy jobb szemmel csak egy meter távolságról olvas ujjakat. A kötőhártyán, szemtekén semmi elváltozás, teljesen halavány. Ha oldalagos világításnál nézzük a beteget, akkor látjuk, hogy a szaruhártya hátsó felülete alul tele van hintve számtalan tűszúrásnyi, néhol nagyobb praecipitattal. Csarnokvíz tiszta, mélysége rendes, az iris barnás színe alig változott, csak rajzolata elmosódott, a pupilla alakja alul szegletes, több helyen laposan oda van növe, többszöri becséppentésre alig tágul. A szemből csak felül lehet veres fényt kapni, az üvegtest nagy részben teljesen homályos, úszkáló homá-

lyokat megkülönböztetni nem lehet. Szemfenék nem látható. Belnyomás rendes. Bal szem visusa $\frac{5}{5}$, szemfenék normalis.

Atropint cseppentett be szólo a jobb szembe, de a synechiák alig engedtek és bedörzsölési kúrát alkalmazott, hogy a szaruhártya hátlapján és az üvegtestben levő izzadmány felszívódását elősegítse. Beteg 30 gm. kenőcsöt dörzsölt be minden eredmény nélkül.

8 nap előtt fájdalom volt, a limbuson csekély ciliaris izgalom mutatkozott, a mellső csarnok fenekén sárgás-barna sáv, geny lépett fel.

Az iris kinézése teljesen megváltozott, míg azelőtt az iris felülete teljesen egyenletes volt, jelenleg külső felén hurkaszzerűleg előredomborodott, különösen két helyen a dombocskák annyira kiemelkednek, hogy a szaruhártya hátsó lapját majdnem elérik és a mellső csarnokot kitöltik, de belül is láthatók apró kiemelkedések az iris szövetében. Maga az iris szövege sorvadt és mint nagyításnál kivethető, szövege megtrikult. Szem belsejéből kevés vörös fény kapható, alsó része homályos, ujjakat 1 m. távolságról olvas. Belnyomás kissé emelkedett.

Geny kötés alatt pár nap múlva felszívódott, szem izgalommentes lett.

A irido-cyclitis scrophulosa diagnosizására fontos volt a hereditas, a betegség torpid lefolyása, a sajátos képletek, beszűremkedés az iris szövetében; szólo úgy gondolja, hogy ezen kiemelkedést fehér versejtek halmaza okozza az iris szövetében. Biztosat csak akkor lehetne mondani, ha a jellegzetes irisrésztet górcsővilág megvizsgálónk, esetleg bacterium után kutatnánk és oltási kísérleteket végeznénk. Lues ellen szól a hereditas, a veszületett tünetek hiánya, a kor és azon körülmény, hogy higanybedörzsölés mitsem használt, sőt utána rosszabbodott az állapot, de a luetikus daganatok különben is vagy a ciliaris vagy a pupillaris szélen szoktak előfordulni.

A jelenlegi gyógykezelés jó táplálkozásban és vasalbuminát adagolásában áll. Műteti beavatkozásra nincs szükség, mert a megtámadott részlet úgy sem tudnánk exstirpálni, mert akkor az iris külső felét teljesen ki kellene metszeni. Iridektomiát csak akkor fog végezni, ha gyuladás vagy belnyomás-emelkedés azt szükségessé teszi. A beteget megfigyeli, további sorsáról szívesen fog megemlékezni.

Mohr Mihály: Tuberculosis iridis eseteinek egyikében a bántalom *secundarius* volt, mert peribronchialis mirigyek okozta stenotikus légzés előzte meg és csak mikor ez javult, lépett fel az iris tuberculosis. A górcső leleten kívül, mely az enucleatio után ejtetett meg, a későbbi lefolyás is igazolta a tuberculosis, mert a sacralis tájon csonttuberculosis lépett fel.

A második esetben, gondolom 3 évvel ezelőtt, primaer iris-tuberculosis volt. Ez az, melyet Goldzieher tagtárs is látott és a melynél szólo jobb meggyőződése ellenére — a szülők kívánták és a consiliarius ajánlotta — megcsinálta az iridectomiát, persze eredménytelenül, úgy hogy az enucleatio szükségessé vált. A tuberculosis a górcső lelet itt is igazolta. A gyermekben sem azelőtt nem volt semmi jele a tuberculosisnak, sem azóta nem mutatkozott, a gyermek egészséges és jól fejlődik, úgy hogy itt az iris-tuberculosis *primaernek* kell felvennie.

Aneurysma aortae ascendens 15 éves fiúnál.

Korányi Sándor: A beteg 4 éve érez szívdobogást. A bal szív hypertrophiájának jelei mellett a tapintható arteriák pulsusa kicsiny és lassú. A szív fölött systoles surranás, a mely legerősebben a jobb második bordaközben tapintható. E helyen pulzáló terület van, a mely két plessimeternyi abszolút tempulatót ad. A relativ tempulató egy ujjnyira terjed annak jobb szélén túl, balra pedig a szívnek jobbfelé megnagyobbodott relativ tempulátába folytatódik. Diastole alatt a szív fölött sem hang, sem zörejt nem hallható; a pulmonalis fölött diastoles megrezzenés van. Cyanosisnak nyoma sincs. Világra hozott szívbántalmak közül gondolni lehetne az aorta szűkülésére, annak isthmusánál. Ez ellen szól a collateralis keringés jeleinek hiányán kívül az aorta második hangjának hiánya és különösen a carotis és a subclavia pulsuskiérsége. Tumor, mely az aortát comprimálja, kizárható. Észrevehető nyomási tünetek hiányzanak és a fluorescáló lemezen a sternumtól jobbra eső tempulátnak megfelelő irányban minden irányban jól kivethető módon pulzál. Ezek szerint nem marad más felvétel hátra, mint az aorta aneurysma, a melyet a beteg fiatal korán kívül az aorta második hangjának hiánya tesz szokatlanú.

Az utóbbi körülmény talán *Rosenbach* fejtegetése alapján érthető meg, a ki szerint bizonyos esetekben az aneurysma a keringést úgy befolyásolja, mint az aorta szájadéka stenosisa.

Iridocyclitis suppurativa diabetica gyógyult esete.

Goldzieher Vilmos: Hogy a diabetes mellitus alapján szívrárványhártyalobok fejlődhetnek, klinikai észlelések bizonyítják. *Leber* volt az első, a ki leírta, hogy a diabetes irislób aránylag gyakran genyessé válik. A bemutatandó betegnél ilyen esettel van dolgunk, melynek lefolyása ép úgy, mint a követett gyógyeljárás sok tekintetben érdekes.

Az 50 éves férfi múlt év május havában minden külső ok nélkül súlyosan megbetegszik a bal szemén. Genyes irislob fejlődik nála és rövid idő múlva a genykepződés olyan bő, hogy a mellső csarnok legnagyobb része megtelik és a cornea is genyesen beszűremkedik. A vizetben nagy mennyiségű cukor, körülbelül 50%. Bemutató a mellső csarnok punctioját végzi. Kiereszti a hypopyont és a csarnok desinfectioja czéljából egy jodoformpálczikát vezet be a mellső csarnokba. Erre az eljárásra az állapot gyorsan javul, a genykepződés megszűnt és a beteg egy pár hét múlva kissé homályos corneával bár, de látó szemmel elbocsátatik. A cornea feltszűrlése szépen tovább halad, a látás majdnem normálissá válik. Múlt év decemberben azonban a szem ismét fájdalmassá válik és a beteg *status glaucomatosus* alá újra felvétetik bemutató osztá-

lyára. Iridektomiával sikerül a glaukómát megszüntetni, hanem újra lappangó plastikus irislob fejlődik, mely csak pár heti kezelés után enged. Bemutató egynemely epikritikus észrevételt fűz az esethez. Fontos a glaukoma fellépése, melyet úgy lehetne megmagyarázni, hogy a diabetesnél oly gyakran előforduló edénymegbetegedés következtében a csarnokvíz vegyi összetétele megváltozott, fibrinosus lett, úgy hogy a lymphüröket alvadékok könnyen eldugaszolják, minek következtében lymphangás és emelkedett szembeni nyomás fejlődik. A diabetikus irislob ezen fibrinosus jellegére már a Leber-féle észlelések figyelmeztetnek. Ezen eset másik fontos tanulsága, hogy genyes folyamatok a szemben előfordulhatnak minden külső behatás nélkül is, tehát nem *ektogen*, hanem *endogen infectio* útján. Ennek következtében nem szabad állítanunk, hogy szemoperatiók után fejlődött genyedések kivétel nélkül külső sepsis által jöttek létre, hanem biztos, hogy ilyen események a régi orvosok értelmében az operált organismus „dispositioja” folytán is megtörténnek.

A felső szemhéj bőrének teljes elgenyedése; plastika.

Goldzieher Vilmos: A 15 éves leány két héttel a felvétel előtt phlegmonosus lobot acquirált a jobb szemhéjon, melynek következtében a szemhéj egész bőre a pillaszőröktől is kitűnő eredményt adott. Minthogy a szemhéj izmai érintetlenül megvoltak, a szemhéj mozgása is kifogástalan.

Bemutatónak sikerült a szemhéjszél a szőrökkel együtt megtartani, úgy hogy a megejtett plastikus operatio (a lebeny a homlokból származott) kosmetikus szempontból is kitűnő eredményt adott. Minthogy a szemhéj izmai érintetlenül megvoltak, a szemhéj mozgása is kifogástalan. (Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XXVII. ülés 1900. évi május hó 8-dikán.)

II. Egy szűk medenczés nő 11-dik terhességénél követendő eljárás megbeszélése.

(Vége.)

Tauffer Vilmos: Az eddigi szokástól eltérőleg oly esetet hoz a szakosztály elé, melynél épen a követendő eljárás képezze a discussio tárgyát.

1889 óta áll megfigyelésük alatt egy nő, a ki most 11-dik izben terhes. Előző szülei a következők: 1. 1889-ben (19 éves) a felvétel alkalmával a medenczeméret: 27—28—15.5. A keresztcsont kitapintásánál a III. keresztcsonti csigolyának megfelelőleg conj. diag. 9.2, a medence összes viszonyait tekintve véve a c. v. 7.5, tehát egy általánosan szűk, lapos medenczével van dolgunk. Az I. szülésnél perforatio. A magzat 47 cm. hosszú, 2100 gr. súlyú.

Minthogy az eset a szaklapokban már részletesen lett ismertetve, az egyes terhességeket és születeket csak röviden említi fel.

A II. terhesség alatt ajánlották neki a művi koraszülést, ő azonban a terhesség végén jött és ekkor sectio caesareát végeztek nála.

A gyermek él.

A III. terhesség spontán abortussal végződött a IV. hóban.

A IV. terhesség alkalmával a 34. héten megindították a művi koraszülést; 43 cm. hosszú magzat.

V. izben spontán koraszülés; élő, életképes magzat.

VII. terhesség: Mesterséges koraszülés, placenta praevia, burok-repszés, fordítás, halott magzat.

A VIII. terhességnél megindítjuk a művi koraszülést, számításunk szerint a 34. héten. Magas fogó. A gyermek él. 45 cm. hosszú, 2150 gr. súlyú magzat, tehát kisebb, mint minden előbbi; ennek dacára a fejkerület 32 cm., a biparietal átmérő is jóval nagyobb, mint az előbbieknél, a fej keményebb.

Ezen eset tapasztalása arra tanított, hogy ezen kifáradt méhnek szülei erőlye lényegesen alászállt, mert különben az aránylag nem lényegesen nagyobb, bár elég kemény fejet megszülte volna.

Ezen szülés tapasztalása alapján, ha legközelebb spontán szülést akarunk, azt a 34. hétnél korábban kell megindítani; ekkor azonban féltő, hogy olyan kis magzat fog születni, mely nem életképes. Ilyen körülmények között és kiváltképen a méh erőlyének alábbhagyását tekintve, 1898-ban a IX. terhesség alkalmával a művi abortust indították meg és ekkor azt észlelték, hogy a méhet semmiképen sem tudták összehúzódnásra bírni. Burokrepszés után a méhszáj összehúzódott és fájások nem léptek fel. Heteken keresztül húzódik a dolog, míg végre vérzést kap és ekkor nagy atonia közben kell a méhet kiüríteni.

A X. terhességnél művi abortus az V. hóban. Ismétlődik az előbbi protrahált lefolyás.

Ez a nő most 11-dik izben terhes és már most felmerül a kérdés, hogy a jövőre nézve hogyan járunk el. Talán legegyszerűbb volna a helyzet, ha azt mondanák, hogy kövessük azt az utat, a mit eddig és talán sikerülni fog a nőt megtartani. De az iránt semmi kétség sem lehet, hogy ennél az egyénél, kinek mindegyik szülésénél, különösen a két utolsónál oly ijesztő atoniát találtunk, minden mesterséges abortus vagy koraszülés az elvérzés veszélyével fenyeget. Eleget tettünk-e kötelezőségünknek, ha mindig így járunk el, nemcsak az egyén, hanem családja érdekében is.

Nem volna-e helyesebb e nőnél — kinél az eddigi figyelmeztetések hiába valók voltak — a conceptiot kizárni, vagyis a nőt sterilizálni? Az a kérdés, mi módon történhetné ez?

Ha a mesterséges abortust vesszük kilátásba, akkor talán, mint hogy az előbbi eljárások nem látszottak előnyösöknek, Hofmeier szerint glycerinbe mártott jodoformgaze-esikót vezetne a méhürbe, mely állítólag jó contractiokat vált ki. Hátránya volna, hogy a glycerin veszteteket okozhat.

A másik eljárás talán az volna, hogy hagyjuk a terhességet addig, a míg koraszülés útján életképes magzatot nyerhetünk és ennek lefolyása után sterilizáljuk a nőt.

Vagy ha a magzat érdekeit is szem előtt tartjuk, hagyjuk a terhességet kiviselni, a fájások fellépése után végezzünk császármetszést és ekkor sterilizáljuk a nőt. Nem találta volna igazolatlanul azt az eljárást sem, ha mindjárt az első sectio caesareanál reszecálta volna a tubákat.

Álláspontja ez esetben az, hogy a méhürt mielőbb ki kell üríteni; ha a vérzés oly nagy, hogy be kell avatkozni, az uterus totalexstirpationját végezné, miáltal sterilizálna a nőt. Ha a vérzés nem életveszélyes, akkor a gyermekágy lejárta után kolpotomia ant. útján reszecálna a tubákat.

A terhesség végén végzendő sectio caesarea és sterilisatio sokkal nagyobb beavatkozás volna.

Bárszky János: Tekintetbe véve a nő eddigi szenvedéseit, socialis és anyagi viszonyait, mindenben hozzájárul ahhoz, hogy a nőt újabb veszélyeknek kiténni nem szabad. A nő veszélyben volt már az utolsó művi koraszülésnél is, problematikus életű magzat miatt; veszélyben volt a művi abortusnál. Az atoniát nemcsak a méh kifáradásának, hanem az előremet császármetszésnek is be kell tudni. Az életveszély előrevárható most is; el kell határozni, hogy sterilizáljuk-e a nőt, vagy nem.

A Hofmeier-féle eljárásra nézve megjegyzi, hogy az hamarabb megindítja ugyan az abortust, de a lefolyást befolyásolni nem fogja. Véleménye az, hogy a nőt sterilizálni kell; de ha már ezt tesszük, tartsuk a magzatot is szem előtt; végezzünk a terhesség végén császármetszést és ekkor sterilizáljuk a nőt, mert ebben nem lát nagyobb veszélyt, mint a másik eljárásban, a mikor előbb befejezzük az abortust és a kivérzett nőt végezzük totalexstirpationt.

Kézmárczky: Úgy tudja, hogy az utolsó koraszülés szerencsésen fejeződött be. Az természetes, hogy a többször szült méh erőlye csökken. Nem érti, hogy a legközelebbi terhesség alatt miért ne indítanánk meg ismét a művi koraszülést. Azért, mert már a VIII. szülésnél magasfogó kellett alkalmazni, nem kell attól tartani, hogy ezen legközelebbi szülés még nagyobb veszéllyel fog járni. Ha egy 3—4 hónapos férhes méhnel nem lehet a fájásokat megindítani, az természetes; ebből azonban nem következik, hogy a 32. héten épen oly atonikus a méh. Nem látja be, hogy miért indították meg már 2 izben a művi abortust, mikor sem absolut szűkület, sem pillanatnyi életveszély nem volt jelen. A sterilizálást tisztán socialis okokból végezni nem szabad. Ha még többször más állapotba jön a nő, mindannyiszor anyát és magzatot meg kell mentenünk; az előzmények mutatják, hogy ez már ismételtén sikerült.

Ő jelen esetben is megindítaná a művi koraszülést, még pedig korábbi terminusra, a mikor azonban legalább a lehetősége meg van annak, hogy a magzat életben marad, tehát a 32. héten.

Tuszkai nézete szerint jelen esetben ethikai szempontból sem szabad a nőt sterilizálnunk; a nő rendes alkotású és várható, hogy rendes utódokat hoz a világra. Tőth esetében inkább sterilizálta volna a nőt, mert ezzel a natural selectiot elősegítjük. A jelen terhességre nézve **Kézmárczky** nézetén van, minél később indítjuk meg a szülést, annál kevésbé kell az atoniától félnünk. Nézete szerint leghelyesebb volna a terhesség végén sectio caesareát végezni; ekkor már jogosult volna a sterilisatio, mert a nehéz körülmények indikálnák azt.

Kézmárczky: Tőth esetében a sterilisationnak nem volna értelme, hiszen a kyphosis nem öröklődik.

Tauffer: **Kézmárczky** abból indul ki, hogy az előző koraszülések eredményesek lévén, azt most újból meg kell indítani és pedig a 34. hétnél korábban; ekkor azonban a magzat oly fejletlen, hogy életben tartásához semmi remény sem lehet, úgy hogy akkor inkább már két hónappal előbb megindítja az abortust, akkor legalább a térbeli viszonyok veszélyt nem képeznek. Épen ez okból indította meg a IX. terhesség alatt is az abortust, mert a VIII-diknél (koraszülés) egy 32 cm. fejkerületű magzatnál magasfogó kellett alkalmazni és joggal feltehető, hogy a IX. magzat nagyobb lesz, mint az előbbi. Ettől a gondolatmenettől most sem tudna eltérni.

Bárszky álláspontja ép oly jogosultsággal bír, mint az övé. Minden esetre legjobban meggyőződése szerint fog eljárni.

Kézmárczky nem tudná teljesen kizárni, hogy egy 32 hetes magzat életben tartható. Gondolhatunk arra is, hogy ennél a nőnél, ki már 11-szer terhes, az egymásután következő magzatok nem nagyobbodnak, sőt talán kisebbednek.

A felszólalások természetesen az egyéni felfogásra nem gyakorolnak befolyást.

Köszönetét fejezi ki az eset közléseért.

Az idő előrehaladván, a napirend többi pontjait a következő ülésre halasztják, mire elnök az ülést bezárja.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Traumatikus lépnecrosis esetét mutatta be *Karewski* a „Verein für innere Medizin in Berlin“ december 3-dikán tartott ülésén. A 12 éves leánygyermeket egy nehéz kocsis a kapualjához szorította, mire eszméletét hosszabb időre elvesztette és súlyos shock tünetei között erős hányással öbödött fel. Bemutatónál három nap múlva jelentkezett jobb oldali kulcsosonttörés és diffus peritonitis tüneteivel. A peritonitis oka gyanánt a hascontusio létesítette belátófürödést vettek fel. Minthogy a tünetek nem voltak nagyon súlyosak és bemutató különben is belcontusio eseteiben conservative szeret eljárni, nem végeztek műtétet és opium adagolására a tünetek körülbelül 14 nap alatt csakugyan visszafejlődtek. A gyermek azonban nemsokára titokzatos tünetek között újból megbetegedett és lázas lett. Nemsokára hátul a bal mellkas alsó részén tompulat jelentkezett, azonkívül a bal bordaív alatt a mélyben a gerincoszlop előtt resistentia volt tapintható és ezért a diffus peritonitishoz társult subphrenikus tályogra gondoltak. A próbapunctio bűzös genyvet eredményezett. Műtétkor — minthogy a tályog a 12. borda alatt nem volt tapintható — a mellkason át iparkodtak a tályogot elérni s azért a 10. bordát resecálták. A pleura megnyitására azonban a pleura-úrban nem találtak összenövést és izzadmány sem volt jelen. A pleurának a rekeszszel nagyobb hosszúságban összevarrása után a rekeszen áthatoltak be és miután a genyvet eltávolították, a sebben egy granuláló szerv jelent meg, melyet eleinte bélnek néztek, nemsokára azonban kiderült, hogy a lép, mely mint teljes sequester feküdt a tályogban, burkából mindenfelől kihámozódva, úgy hogy jelentősebb vérzés nélkül volt az úrból kihozható. A gyermek teljesen meggyógyult. A vér a normalistól semmiféle eltérést nem mutat.

PÁLYÁZATOK.

Szatmár vármegye, nagykarolyi járás főszolgabírája a lemondás folytán megüresedett **ér-endrédi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet.

A körorvosi kör székhelye Ér-Endréd, mely gyógyszerházzal bir.

Eme körhöz tartozik hét község.

Javadalmazás: 1. Évi készpénzfizetés az úti átalánnyal együtt 1200 kor., mely évnegyedenként a vármegyei pénztárból utaltatik ki. 2. Látogatási díj körutazások alkalmával 1 korona.

Körutazásokon kívül magánhívásokra: 3. Ér-Endréden nappal 1 korona, éjjel 2 korona. 4. Dengelegen nappal 2 korona, éjjel 4 korona. 5. Irinyben nappal 3 korona, éjjel 5 korona. 6. Porteleken nappal 3 korona, éjjel 5 korona. 7. Vezendén nappal 3 korona 60 fill., éjjel 6 korona. 8. Mező-Petri nappal 4 korona, éjjel 6 korona. 9. Ér-Körtvélyesen nappal 4 korona, éjjel 6 korona.

A körorvos a kör székhelyén köteles a halottkémi teendőket ellátni esetenként 1 korona díj mellett.

Köteles a körorvos az előjáróság által igazolt vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni.

Felhívom a pályázni óhajtok, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényeket f. évi márczius hó 14-dikéig alulírott főszolgabíróhoz nyújtsák be.

A választás f. évi márczius hó 16-dikán d. e. 11 órakor fog Ér-Endréd község-házánál megtartatni.

Nagy-Károly, 1901. évi február hó 12-dikén.

2-1

Domahidy Elemér, főszolgabíró.

402/T. 901. sz.

A lemondás folytán megüresedett **sátai körorvosi állásra**, melynek kerületébe Sata, Nekézseny, Omány, Csokva, Lénárd-Daróc, Királdt, Merese, Uppony és Bóta községek tartoznak, ezennel pályázatot hirdet.

A körorvos javadalmazása 1600 korona készpénz, mely Borsodmegye házi pénztárból fizetetik és a szabályzatilag megállapított látogatási díjak.

A választás 1901. évi márczius hó 5-dikén d. e. 9 órakor fog Sata község-házánál megtartatni.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb márczius hó 2-dikáig d. u. 6 óráig benyújtsák. A később érkezők figyelembe vételét nem fogom.

Óz d. 1901. január hó 26-dikán.

3-3

Zsöry György, főszolgabíró.

599/1901.

A Berzova, Odvos, Konop, Monorostia, Kapruca, Dumbrovicza, Gross, Battuca és Gavosdia községekből alakított XII. sz. közegészségügyi körben Löw Mihály dr., berzovai körorvosnak borossebesi járási orvosá lett előléptetése folytán üresedésbe jött és a körbeli községek által évi 1400 kor. rendes fizetés és 400 kor. úti átalánnyal javadalmazott berzovai körorvosi állás a vármegye alispánjának f. hó 5-dikén 173. sz. a. kelt rendelete szerint választás útján betöltendő lévén, annak megejtésére határnapul f. évi február 26-dik napjának d. e. 10 óráját a berzovai körjegyzői irodába kitűzöm és pályázni kívánókat törvényszerűleg felszerelendő kérvényeiknek legkésőbb a választást előző napon leendő benyújtására ezennel felhívom.

M-R a d n a, 1901. január 30-dikán.

2-2

Csukay, főszolgabíró.

A „Budapesti Poliklinikai Egyesület“ kórházában újonnan rendszerezett **segédorvosi állásra** pályázat hirdetetik. Pályázhatnak a magyar egyetemeken diplomát nyert orvosdoktorok. Pályázati határidő f. évi február hó 26-dika. Javadalmazás: butorozott lakás és teljes ellátáson kívül évi 600 korona. A megválasztott köteles márczius elsején belépni.

Az igazgatóság.

Üresedésben levő egyéb állomások:

Lejárat február 18.

Bánya-alorvosi állomás. Felső-Galla. F. 2400 k. és lakás. Czim: M. ált. közsébn. r.-t. Tatavidéki társasútra.

Lejárat február 20.

Körorvos. Sipet Temesm. F. 1440 k. Lakbér 200 k. Czim: Győri főszolgabíró, Csákova.

Másod községi orvos. Travnik. F. 1200 k. Czim: Smajilkad polgármester, Travnik.

Lejárat márczius 2.

Körorvos. Somkerek (46 község). F. 800 k. l. a. 400 k. Czim: Gajzágó Vilmos főszolgabíró, Bethlen.

Lejárat márczius 3.

Körorvos. Csehi. F. 800 k. Fuvarátalány 400 k. Lakbér 100 k. Látogatási díj: nappal 1, éjjel 2 korona. Czim: Molnárffy Géza főszolgabíró, Vasvár.

Lejárat márczius 4.

Községi orvos. Szász-Tyukos. F. 1600 k. Lakás: természetbeni 4 szobás lakás és 6 öl tűzifa. Czim: Tompa István dr., főszolgabíró, Köhalom.

HIRDETÉSEK.

Orvos vagy vegyész,

ki a magyar nyelvben teljesen jártas és representáló képességgel bir, márczius 1-jére kerestetik. Ajánlatok „W. D. 8231“ alatt **Rudolf Mosse**, Annoncen-Exp., WIEN, I., Seilerstätte 1, küldendők.

Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet

ideg-, kedély-, morphiu- stb. betegek részére

INZERSDORF Bécs mellett.

Orvosi vezetőség: Professor REDLICH és Dr. E. FRIES.

Meran

téli klimatikus gyógyhely.

Villa Hungaria.

Uj magyar ház balkonokkal, fedett üveg fekvő-teremmel. Kitűnő ellátás, gondos ápolás, olcsó árak. — Az orvosi felügyeletet Dr. GARA GEZA gyakorolja.

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale.

Kitűnő hatású **bélhurutnak** 1 üveg 1 kor. 60 f., 5 üveg bérmentes gyógyszer a **bélhurutnak** = postaszállítással 9 kor. 20 f. =

Készíti: **CORNIDES KÁROLY** gyógyszerész Felka (Szepesm.)

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerházában Budapesten.

C. F. Boehringer & Soehne

Waldhof bei Mannheim

ajánlják
mindenütt ismert
kiváló
készítményeiket.



ajánlják
mindenütt ismert
kiváló
készítményeiket.

FERRATIN

D. R. P. No. 72168.

LACTOPHENIN

D. R. P. No. 70250.

FERRATIN, vasas tápláló-anyag

vérszegények és lábadozók számára.

✱ Ferratin comprimelt Tabletákban

1 üvegben 100 drb á 0-25 gr. Ferratin.

✱ Ferratin chokoládé-pastillák

1 dobozban 50 pastilla á 0-5 gr. Ferratin.

✱ Ferratin

eredeti 25 gr.-os üvegekben.

Ferratose (Liquor Ferratini)

D. R. P. No. 72168.

eredeti 250 gr.-os üvegekben.

Az orvos uraknak kívánatra irodalmi adatokat és próbaminatokat szívesen küldünk.

C. F. Boehringer & Soehne, Waldhof Mannheim mellett.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Gönczy Béla: Közlemény Esztergom sz. k. város közkórházából. Teljes radialis hűdésnek inplastikával gyógyított esete. 119. l.

Justus Jakab: A pesti izr. hitközség kórházának rendeléséből bőrbajosok számára és belgyógyászati osztályának laboratóriumából. Miként gyógyítja a kénese a syphilist? 120. l.

Hudovernig Károly: Közlemény az elme- és idegkórtani klinikából. (Igazgató Laufenauer Károly ny. r. tanár.) Kimutatás az elme- és idegkórtani ambulanciának 1900. évi működéséről. 124. l.

Markovits Soma: Hármaz ikerabortus két szakaszban. 125. l.

Tárca. Töbölgyi Elemér: Berliini levél. 125. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Ráskai Dezső: A gonorrhoea általános fertőzés kérdése. 126. l. — Könyvismertetés. M. A. Wasiliew: Die Traumen der männlichen Harnröhre. (Ráskai Dezső.) 127. l. — Einhorn, Mendelsohn und Rosen: Die Prophylaxe in der inneren Medizin. Martius: Allgemeine Prophylaxe. 128. l. — Lapszemle. Belgyógyászat. Backmann: Az emberi gyomorban különböző táplálkozási félépő sósavválasztásnak kísérleti vizsgálásánál használandó módszerek. (— n t.) — Ewald: Az extrabuccalis táplálás módja. (Surányi Miklós.) — Thumim: Az oophorin befolyása a fehérje-anyagcserére embernél. (Surányi Miklós.) — Achert: Az instrumentális rezgőmassageről. (— n t.) — Sebészeti. Adrian C.: Érdekes tetanus-eset. (Kerntler Jenő.) — Casper: A hólyagtuberculosis kór- és gyógytana. (Ráskai D.) — Veiel: Oesophagus-diverticulum operált esete. — Bier: Az enteroptosis sebészeti kezelése. — Hügy-

szervi betegségek. Menachem Hodara: A heveny gonorrhoea kezelése. (Ráskai D.) Sachs Ottó: A penis plastikus induratioi. (Ráskai D.) — Gonzalez Tanago: Veseneurosis következtében fennálló phosphaturia. (Balassa T.) — Börkórtan. Juliusberg: Pernol. (Póór F.) — Bissérié: Lupus erythematodes. (Póór F.) — Kolbe: Herpes zooster. (Póór F.) — Allan: Erysipelas gyógyítása. (Póór F.) — A. Jamieson: A trichophytiasis capitis kezelése. (Póór F.) — Lieblein: A bőr aktinomykosisa. (Póór F.) — Kisebb közlemények az orvostudományról. Selkirk Jones: Tüdővész gyógyítása. — Lutand: A praemenstrualis krízisek kezelése. — A chlorosis gyógyítása. — Prüssian: Az orexintannat használata. — Stepp: Heveny pneumoniák gyógyítása fluoroformmal. — Folyóiratok átnézete. 128–130. l.

Hetiszemle és vegyesek. Figyelmeztetés és kérelem a m. orvosi könyvkiadó társulat tagjaihoz. — A főváros egészsége. — A budapesti orvostanhallgatók segélyző és önképző egyesülete. — A magyar tisztviselők betegsegítő egyesülete. — Adakozás a Semmelweis-emlékre. — Téli kúra a badeni hőforrásoknál. — A bécsi egyetem orvosi karának látogatottsága. — A „Budapesti kir. orvos-egyesület” stomatológus szakosztálya. — A német sebésztársaság. — Kinevezés. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — Elhunytak. — Herczel dr. — Szt. Lukácsfürdő. — Krondorf. 131. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar tudományos akadémia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Melléklet. Szemészet 1. sz.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Esztergom sz. k. város közkórházából. Teljes radialis hűdésnek inplastikával gyógyított esete.

Közli: Gönczy Béla dr. közkórházi igazgató főorvos.

Az orvosnak végtagbénulásoknál első sorban a hűdéses állapotok leküzdésére, azután a hűdéses folytán beállható izület-zsugorodások megakadályozására kell törekednie, nehogy a hűdött izmok antagonistái zsugorodások, elferdülések létrejövetelét lehetővé tegyék.

Villamozás, massage, fürdők, testgyógyászati készülékek alkalmazása által is már sokszor lehet kedvező eredményeket elérni.

Ha azonban már zsugorodások is állottak be, a fennemlített gyógymódok mellett a sebészeti beavatkozásoknak nyílik tág tere.

Az e célból véghez vitt tenotomiák és csontresektiók mellé most már az inplastikák is sorakoznak, melyeket nem csupán a keletkezett izületek eltorzulásainak megszüntetésére, de egyes hűdött izmok működésképpessé tételére is lehet felhasználni.

Mióta Nikoladoni 1882-ben megkísérelte pes calcaneusnál a peroneusizmoknak az Achilles-inhoz való varrásával a lábnak természetes állását megszerezni, Drobnik, Franke, Milleken, Goldwaith, Hoffa,¹ Vulpius s mások tanulmányozták azon kérdést, hogy a felső vagy alsó végtagok hűdésénél miként volna lehetséges a hűdött izmoknak a munkaképességét az által visszaadni, hogy azokat még működésképes izmokkal összeköttetésbe hozzuk? Az erre irányuló kísérletek eléggé kifejlesztették az inplastikák technikáját, mert a sebésznek feladata nemesak a szerint

változik minden egyes esetben, hogy a végtaghűdéseknél mely izomesoportok hűdöttek s mely izomesoportok maradtak munkaképesek, illetve azokból mely izmok használhatók fel a nélkül, hogy rendeltetésük megváltoztatásával az illető végtag azon irányú működéstől, melyet az illető izom végzett, megfosztassék, de arra is tekintettel kell lenni, hogy a hűdés mily fokú, mert míg pl. a teljes radialis hűdésnél a flexor carpi radialis és ulnarist kell felhasználni, partialis radialis hűdésnél az extensor carpi radialis és ulnaris inait kell a hűdött ujjfesztítő izmokhoz varrni vagy esetleg elég azokat megrövidíteni. Hoffa² a következőképen osztályozza a tenoplastikákat.

1. *Activ transplantatio* (Vulpius szerint lehágó transplantatio), a hol egy munkaképes izom egész vastagságában vagy csak részben, pl. félig átvágatván, az izomtörzstől elválasztatik s centralis csontjával egy hűdött izomhoz varratik.

2. *Passiv transplantatio* (Vulpius szerint felhágó transplantatio), midőn egy hűdött izom in toto átvágatván, peripherikus csontjával egy munkaképes izomhoz lesz varrva.

3. *Activ-passiv transplantatio* pedig az, midőn a két első módszer kombináltatik.

Sok esetben már az egyes izmok megrövidítése vagy meghosszabbítása által is célt érünk.

Lange³ nem használja fel a hűdött izmot, mert az szerinte az összehúzódások következtében kinyúlhatik, de az átvágott izmot közvetlenül a csontthártyához varrja.

Ha pontosan megállapítottatott, hogy a hűdés mely ideg által ellátott izomesoportra terjed ki, a műtét kivitele oly módon történik, hogy a műteti téren kellő hosszú bőrmetszés készítése után a kiválasztott izom átvágatik s a kóros állásban levő végtag

² Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde.

³ Centralblatt für Chir. 1900. 48. sz. Über periostale Sehnenverpflanzungen.

¹ Zur Lehre der Sehnenplastik. Berliner klinische Wochenschrift, 1899., 30. sz.

túleorrigáltatik, az átvágott izom ezen állapotban lesz egy másikhoz hozzávarrva, úgy hogy a képzett új izom az illető végtagot ezen túleorrigált állásban tartani képes legyen.

Ha ezen izmok nem feküsznek egymás mellett, úgy az átvágott izmot a közbeeső izmok alatt képzett nyíláson át kell húzni s úgy kell a másikhoz hozzávarrni.

Mielőtt azonban ez megtörténik, jó az oda erősítendő izmot a másikkal összefonni.

A műtét befejeztével és a sebnek szabályszerű ellátása után kemény kötés alkalmazandó az illető végtagra és pedig annál is inkább túleorrigált állásban, hogy az újonnan képzett izom a feszülés alól felszabaduljon.

A kötés levétele után rendszerint alig látszik eredmény, de alkalmazott villamozás, massage és fürdők után csakhamar beáll a várt siker.

Az intransplantatio irodalma nagyobbára gyermekkori hűdéseket említi fel s ezek közt is túlnyomóan az alsó végtag bénulásait.

Ritkábbak a felső végtagon végzett hasonló műtétek, pedig a viszonyok itt annyival nehezebbek, mert a felső végtagokon a pótló izomzat nincs oly mértékben kifejlődve, mint az alsó végtagokon s a felső végtag beidegzése komplikáltabb is, mint az alsóé.⁴

Midőn inplastikával gyógyított esetemről beszámolni kívánok, ezt azért tartom indokoltnak, mert ez is a felső végtagon végeztetett és pedig sérülés következtében beállott orsóideghűdés miatt és mert ha nem tévedek, a mi irodalmunkban inplastikával gyógyított izombénulás esetéről említés eddig még nem történt.

Vulpinus,⁵ ki az alsó végtagon közel 30 műtétet hajtott végre, maga mondja, hogy a felső végtagon végzett ily műtétekről csak néhány ily adat áll rendelkezésre s a felső végtagon ő maga is csak egyet végezett.

Esetem a következő:

L. A. 20 éves rk. nőlen esztergomi születésű géplakatos, 1898. február 6-dikán egy éjjeli mulatóhelyen bal alkarján egy szűrt sebet szenvedett, mely a könyökizület alatt négy ujjal a feszítő oldalon az ulnaris oldal felől a radialis felé haránt irányban haladva valamennyi feszítő izmot átvágta, sőt az alkar csontjainak általuk borított felületét is felszántotta.

Ezóta sérült bal karját használni nem tudta, mert kezefejét felemelnie, ujjait kinyújtania nem sikerült, szóval az orsóideg területén hűdés állott be.

1899. novemberében megkíséreltettem nála a sérülés helyén az orsóideg csontjainak felkeresése és összevarrása, de ez csak hiú kísérlet maradt.

Sérültnek géplakatos létére nagy szüksége volt bal kezére is, s ezért munkaképtelensége feletti elkeseredésében nem szűnt meg azon óhajának kifejezést adni, hogy állapotát annyira lehetne megjavítani, hogy legalább hüvelykujját ki tudná feszíteni.

Csakis e folytonos és állhatatos sürgetések folytán határoztam el magamat, hogy nála inplastikával kísérletet tegyek, mert féltem, hogy ha nem per primam gyógyul a seb és a varratok nem tartják egyesülésig össze az izmokat vagy a csont vége esetleg elhal, akkor még rosszabb viszonyok állnak be. Azonban, mint az eredmény bizonyítja, ez aggodalom által nem szabad a műtét kivételétől visszariadni.

Mielőtt a műtétet végrehajtottam volna rajta, még egyszer meggyőződtem, hogy nála csakis az orsóideg által ellátott izomzat van hűdve, a mint az *Lévy Lajos* dr. Rókus-kórházi orvos úrnak 1900. január 5-dikén végzett villamos vizsgálatából is kitűnik, „a bal alkar izmainak faradikus ingerlékenysége csökkent, az extensorok egyáltalán sem faradice, sem galvanice nem ingerelhetők; a bal alkar kerülete 26.5 cm., a jobb 28 cm.”.

A betegnek vízszintesen tartott alkarjáról a bal kézfej pronatio-ban lóg le, az ujjak kissé be vannak hajolva, kifeszítési kísérletnél csak a 4-dik és 5-dik ujjnál mutatkozik némi hajlam erre, az első három ujj teljesen mozdulatlan.

A beteg kezefejét supinálni nem tudja.

A hajlító izmok teljesen normalisan működnek.

Ha a beteg egy tárgyat meg akar fogni, ujjainak hegyét arra reá támasztja és karját lesüllyeszti s ez által ujjait passivé kifeszíti. Most kezét előre tolva, már képes mindent megmarkolni; olykor azonban a hüvelykujj a tenyér felé hajlik, ilyenkor azt a másik kézzel kell kifeszítenie. A kezébe fogott tárgyakat elbocsátani nem tudja, csakis

úgy, ha azokról kezét lehúzza, vagy ha könnyebb tárgyakat szorít, azokat másik kezével veszi ki.

Czélom azt volt, hogy a kézfej mérsékeltén feszített állásban rögzíttessék s az ujjak első percei aktív is kinyújthatók legyenek.

A beteg 1900. február 26-dikán vétette fel magát az esztergomi kórházba, hol következő nap *Vándor dr.*, *Horacek dr.* és *Suchy dr.* kollegáimmal rajta következőképen végeztük a tervbe vett inplastikát.

Az ulna processus styloideusától felfelé mintegy 10 centimeter-nyire bőrmetszést csináltam s a flexor carpi ulnaris kiproeparálva, a csonthoz közel átvágtam; hogy az extensor digitorum communishez juthassak, kénytelen voltam az alkar alsó és középső harmadának találkozási helyén egy haránt bemetszést csinálni, mire az átvágott izmot az extensor carpi ulnaris alatt áthúztam s ott, hol a közös ujj-hajlító izom elágazni készül, azt ehhez hozzávarrtam, úgy azonban, hogy a flexor carpalis az extensor digitorumot megkerültem s annak csontját a III-dik és IV-dik ujjak inai közt ismét kibujtattam.

Varratul kifűzött vékony sublimatselymet használtam. Az izmok összevarrásánál a kéz hyperextensioban volt s a seb ellátása után ugyanilyen helyzetben keménykötésbe tetetett.

A 4-dik napon magas láz jelentkezett, úgy, hogy a kötést fel kellett bontani, úgyszintén egy pár bőrvarratot is, mert a sebszélek kissé pirosak és vizenyősen duzzadtak; nyolczadnapra láz megszűnik, a sebszélek részben szétmentek, közülük kevés geny szivárog.

14-ednapra a genyedés teljesen megszűnik s a szétvált sebszélek közt élénk sarjadzás indul meg.

21-dik napra megkíséreljük a kézfejet behajlítani, a mely időtől kezdve az alkart szorgalmasan villamozzuk is, azonban a kézfej a kísérletnek ellenáll, sőt az ujjak kifeszített helyzetükbe visszapatannak.

Csak a 4-dik hét után kezdjük az ujjaknak erőszakosabb behajlítását, a mi napról napra jobban sikerül, úgy azonban, hogy a II—V-dik ujjak behajlított helyzetükből most már csak aktív feszíthetők ki.

A seb teljes begyógyulása után (6-dik hét) erős massage és karfürdők az ujjak rugalmasságát teljesen visszaadják, épen csak hogy a kifeszítésnél nem maradnak együtt, de egymástól eltávolodnak.

A kéztőizületben a hajlékonyság csökkent, a kézfej állandóan mérsékelt extensioban van s ha passivé iparkodunk azt kéztőben behajlítani, az ujjak kissé maguktól is kifeszülnek.

A hüvelykujjról eddig nem szóltam, mert annak műtételéről egyelőre lemondtam s a további beavatkozást az első kísérlettől tettem függővé.

Az elért eredmény után azonban 1900. július 2-dikán azon is műtétet hajtottam végre: ugyanis az első metszéssel egészen symmetrikusan a radialis oldalon ejtettem egy metszést úgy, hogy a két metszés együtt U alakot irt le.

Ez alkalommal a flexor carpi radialist lefejtve a processus styloideusról, az abductor pollicis longus és extensor pollicis brevis inai alatt toltam át s varrtam az extensor pollicis longushoz szintén úgy, hogy annak csontjával ezt megkerülni s vele némileg összefonni iparkodtam. 6—7 vékony selyemvarrat alkalmazása után a bőrsébet is összevarrtam s a kezét keménykötéssel láttam el, úgy hogy a hüvelykujj hyperextensioban rögzítettet.

6-dik napon kis hőemelkedés miatt a kötés levétetett, mely alkalommal a sebszélek kissé pirosaknak mutatkoztak, miért is több varrat kibontatott.

12-dik napon a beteg a kórházat elhagyja.

A 24-dik napon a kissé szétment sebszélek közül a mélyből 2—3 varrat ürül ki igen kevés genyvel.

Ekkor már a beteg csekély feszítési mozgást képes hüvelykével végezni.

Villamozás, massage, meleg fürdők használata után hüvelykujját, melyet azelőtt csak tenyerébe hajlítva tudott tartani, most 45° alatt ki tudja feszíteni, hüvelykujjának első percét is egész könnyedséggel hajlítja és feszíti.

Műtét után hat héttel hüvelykével scandáló mozgásokat, kezével pedig most már minden munkát képes végezni, felkap a faágra s azon himbálja magát, a gépcsavart bal kezével is erőteljesen ragadja meg stb. . . . szóval nincs akadály, hogy mesterségét tovább is folytathassa.

A pesti izr. hitközség kórházának rendeléséből bőrbajosok számára és belgyógyászati osztályának laboratoriumából.¹

Miként gyógyítja a kénese a syphilit?

Justus Jakab dr. kórházi rendelő orvostól.

(Vége.)

Elfogulatlanul bírálván a sejtartalomnak kiválását, szemcsékké való szétesését, a sejtek által okozott beszűremkedéseknek következményes megritkulását, a véredényfalzatok visszaváltozását a normalis fokra, önkéntelenül az a gondolat fogamzik meg az emberben, hogy a gyógyító szernek, a kéneseinek valamely közvetlen hatása folytán áll elő ez a restructio. Még inkább megerősödött bennem ez a feltevés, ha elgondoltam, hogy nemcsak a bedörzsölés vagy az injectio kénese kúra hozza létre ezeket a

⁴ *Keiler*: Ein Beitrag zur Sehnenplastik bei Lähmungen. Centralblatt für Chir. 1899. No. 42.

Cappelen: Über Sehnenüberpflanzung und Sehnenplastik bei Radialis-Lähmung. Centralbl. für Chir. 1898. Nr. 48.

⁵ Die Behandlung von Lähmungen mit Sehnenüberpflanzung. (1898.)

hatásokat, hanem a localis kéneseőalkalmazás hasonlóképen hat. Ha valamely beteg papuláját vagy széles condylomáját szürke higanytapasz rárakásával kezeljük, avagy sublimatos borogatásokkal vagy calomel-beporozással, úgy meggyőződhetünk, hogy az előbb beírt elváltozások, lényegtelen eltérésektől eltekintve, ép úgy bekövetkeznek, mint a mikor általános kúrát kapott a beteg. Ha azonban a localisan alkalmazott kéneseő és az általános adott kéneseő egyforma hatásokat hoz létre, ha továbbá kizárhatom azt, hogy a localisan alkalmazott kéneseő nem általános hatása folytán gyógyítja meg a kivirágzást, a melyre a tapasztalt ragasztottuk vagy az oldatot alkalmaztuk, hanem amott helyben hat, úgy valószínűvé válik a következtetés: az általános kúra alkalmával a szervezetbe jutott kéneseő is oly módon gyakorolja hatását a kivirágzásokra, hogy azokba a vérkeringés útján eljut.

Ha tehát abból a feltételből indultam ki, hogy a kéneseő a vérkeringéssel valamely módon eljut oda, hol a syphilis vírusának ingere következtében az edények körül az imént leírt és jellemzett plasmasejtesoportosulatok keletkeztek, úgy legközelebbi feladatunknak kellett tekintenem annak a bebizonyítását, hogy a kéneseő eme sejtekbe bele is jutott és hogy a fentebb leírt elváltozások valósággal az ő hatása alatt mentek végbe.

A kéneseő kimutatására az analysisekkel foglalkozó könyvekben legbiztosabb módszer gyanánt a kénhydrogennel való kimutatás ajánlatik. Ha valamely higanyoxyd-sónak oldatát kénhydrogen-oldattal keverjük, úgy eleintén fehér, azután sárgásbarnás, barnás-fekete és végül tisztán fekete csapadékot kapunk a szerint, a mint a higanychloridból a higanychlorid-higanykének kettős sói származnak, a melyekben eleinte a higanychlorid van túlsúlyban, utóbb pedig a reagens további hatásakor mindinkább a higanykének képezi a nagyobb részt, míg végül tisztán higanykénekből áll majd a csapadék, mely teljesen fekete.¹ A higanyulfid hígított savakban nem oldódik, tömény forró sósavban is csak nehezen oldható, ellenben királyvíz könnyen oldja. Hogy tehát a higanyt valamely syphilises sejtspaporulatban kimutathassam, a következő eljárásomhoz folyamodtam: olyan betegről, a ki már a kéneseő kúrát megkezdte volt, már több bedörzsölést végzett vagy néhány higanyos injectiot kapott, valamely papulát vagy széles condylomát előzetes érzéstelenítés után lemetstettem s olyan alkoholba dobtam fixálás végett, a melyet előbb kénhydrogen-gázzal telítettem. Ámde, akárhányszor ismételttem meg ezt a próbát s bármilyen hosszú ideig tettem is ki az így kimetszett szövetrészt a kénhydrogen hatásának, a jellemzőes hydrargyrum-sulfid-csapadékot a leggondosabb utánkereséssel sem tudtam felfedezni; csupán csak azt a jelentéktelen sikert érhettem el, hogy itt-ott, de nem minden metszeten és nem is minden egyénről kimetszett papulában némi barnás-feketés csapadékot lehetett a szövetrészekben görcsö alatt látni, a mely barnás-feketés csapadék hígított savaknak ellentállt, tehát bizonyára higanykénekből állott. Azonban ezt a leletet is, mely különben is csak kevéssé biztató ritkán tudtam megállapítani. Megkísérlettem azután az eljárás variációjával jutni eredményhez. Az alkoholban fixált szövetet a rendes eljárás szerint celloidinba ágyaztam, felmetstettem s az egyes metszeteket vetettem kénhydrogenes vízbe vagy alkoholba, mivel azt gondoltam, hogy így a vízben vagy alkoholban elnyelt kénhydrogen jobban hozzáférhet az egyes sejtekhez és változtatja át az azokban foglalt kéneseőt higanykéneggé. Az eredmény itt sem volt jobb. Több hónapig folytatott ilyenmű kísérletek után kénytelen voltam belátni, hogy a kéneseőnek a szövetben való közvetlen kimutatása ily módon nem sikerül.

Vagy pedig ahhoz a felfogáshoz kellett volna megtermem, hogy a szövetben kéneseő egyáltalán nem foglaltatik. E kísérletekkel párhuzamosan más reagensekkel is tettem próbát. Így egyebek közt a stannochloriddal, káliilúggal, ammoniával; egy szóval a higany kimutatására használt reagenseknek mindegyikével, a nélkül azonban, hogy többre mentem volna velük, mint a kénhydrogennel.

Beláttam tehát, hogy így közvetlenül, a mint én képzeltem, czélomat elérni nem lehet. A kérdést alapjában kellett tanulmányoznom s ezt a következő módon tettem meg. Ha a kéneseő a

szövetben foglaltatik, úgy a legvalószínűbb felvétel, hogy az ott valamely higanyfehérjevegyület alakjában van jelen; ennél fogva higanyfehérjét kell kísérleteim kiinduló pontjának választanom.

Higanyfehérjét magamnak következő módon készítettem: tojásfehérjét 40–50-szeres vízzel hígítottam, megkevertem, át-szűrtem s így majdnem tisztán serum albuminból álló fehérje oldatot kaptam; ha ehhez az oldathoz sublimat-oldatot cseppentünk, sűrű fehér csapadék keletkezik. Ez a csapadék kétféle módon oldható: vagy úgy, hogy fölös konyhasó-oldatba töltjük, vagy pedig úgy, hogy fölös fehérje-oldatot adunk hozzá, a mikor is az teljesen tisztára feloldódik.

Ez utóbbi módon készült és teljesen tiszta oldatot képező higanyfehérje volt további kísérleteim alapja. Az így készült higanyfehérje oldatában a higanyt kénhydrogennel kimutatni nem lehet. Megtettem azt, hogy napokig veztettem keresztül a kénhydrogen-áramot az ilyen higanyfehérjén, a nélkül, hogy az oldat egy csekély elszürkülésénél egyéb eredményt kaptam volna. És ez az elszürkülés sem eredt igen finoman elosztott higanykénegtől, hanem attól a kénből, mely a világosság hatására a kénhydrogenből levált. Jobb eredményt kaptam azonban, ha a higany-fehérje oldatát stannochloriddal kezeltem. A stannochlorid tudvalevőleg a higanyoxyd-sóktól a chlort vagy az oxygent elragadja és színhiganyná reducálja őket.

Ha tehát egy epruvetteben higanyfehérje-oldatot frissen készült feles stannochlorid-oldattal kezeltem: az egész fehérje-oldat megszürkült; ha most belőle egy kis részt görcsö alá vittem, úgy a szénfekete kerek higanyszemesek már kis nagyításnál is igen kitűnően látszottak. Sőt megtehettem azt is, hogy feles sósavval a fehérjét oldatba hoztam, a mikor a színhiganyt az epruvette alján kisebb vagy nagyobb csepp alakjában össze is gyűjthettem. Megkísérlettem tehát stannochlorid-oldattal kezelni a kimetszett bőrresztletet, még pedig olyanképen, hogy stannochloridnak különböző töménységű oldatába dobtam egy-egy ilyen bőrdarabot. Az eredmény negatív volt; vagyis más szóval, a stannochlorid képes ugyan megbontani az epruvetteben készült higanyfehérjét, de a sejtekben ezt véghez vinni nem tudja, valószínűleg azért, mivel az erősen savanyú stannochlorid-oldat a sejtekbe nem hatol be, tehát a bennük foglalt higanyfehérjével közvetlenül nem is érintkezik.

A sejtek fehérjében foglalt higanyt közvetlen módon tehát így sem sikerült kimutatni. Ugy látszik, valamint más fémek, pl. a vas is, oly erősen vannak kötve a szervezetben a fehérjékhez, hogy azokban közvetlenül kimutatni nem lehet: úgy a kéneseő is (ha ugyan egyáltalán jelen van) úgy van kötve, hogy a közönséges reagenseknek ellenáll. Első sorban tehát ezt a szoros vegyületet kellene megbontani és csak azután lehetne valamely reagenssel a kéneseő jelenlétét kimutatni. A vegyészek, a kik az állati szövetben foglalt kéneseő kimutatására törekcszenek, oly módon érik ezt el, hogy az illető testrészt sósavval és chlor-kalival órák hosszat főzik, miáltal az abban foglalt mindennemű higanyvegyület higanychloriddá változik át; a higanychloridban pedig a rendes, ismeretes módszerek révén könnyen be lehet bizonyítani a kéneseő jelenlétét. A vegyészek eljárásai, melyek közül a *Ludwig-Fürbringer-féle* érte el a legnagyobb elterjedést, a mi esetünkben nem alkalmazatosak azért, mivel, ha a kimetszett szövetet tönkre teszem a sósavval és chlorkalival való főzés révén, mikor belőle egy színtelen folyadék válik, úgy bebizonyíthatom, hogy minimalis mennyiségű higany jelen volt abban a bőrresztletben, de nines bebizonyítva az, hogy a sejtekben volt jelen és hogy a sejtekben gyakorolt valami hatást. Mivel továbbá a higanynyal kezelt betegeknek szövethedveiben igen sok helyütt lehet higanyt találni, különösen a kúra tartamának idejében, semmi csodálatos sem lesz abban, ha valamely kimetszett bőrresztletben minimalis kéneseőt találunk.

A feladat tehát a következő volt: meg kell bontani a szövetben feltételezett, abban jelen levőnek hitt higanyfehérje-vegyületet oly módon, hogy a szövet structurája ez által vagy egyáltalán ne, vagy csak kevéssé szenvedjen elváltozást. Oda kell törekedni, hogy a sejtekben foglalt higanyt magában a sejtekben mutassuk ki, hogy elhelyeződésével váljék szövettani bizonyítékává annak a functionak, a melyet a syphilis-kivirágzások gyógyulásában gyakorol.

¹ A színárnyalatok e fokozatos változása a fehértől a szürkés-sárgán, barnán át a feketéig kizárólag a kéneseő jellemzi.

A higanyvegyületekkel sok tekintetben analog módon viselkednek a zinkvegyületek. A higany és a zink vegyületeikben egymást helyettesíteni sokszor képesek. Közelrokonsgú elemcsoportba is tartoznak, úgy hogy a zink, higany, meg a cadmium sok vegytanban mint három egymással legközelebbi rokonságban álló fém szerepel. Közelfekvő volt tehát a gondolat: kíséreljük meg a higanyfehérjében a kénest valamely hozzá közel álló másik fém által helyettesíteni. E célból a zink mutakozott legalkalmasabbnak azért, mert electropositivitása is nagyobb a többi féménél, tehát a kénesténél is. Ha a fentebb leírt módon higanyfehérjét készítettem és azt zinkchlorid oldattal lecsaptam, a csapadékon azután kénhydrogent vezettem keresztül huzamosabb ideig: úgy első sorban a feles zinksónak megfelelő sűrű fehér csapadékot kaptam, mert tudvalevőleg a zinksók kénhydrogennel közömbös vagy alkalikus oldatban erős fehér csapadékot adnak. Ha ezt a fehér csapadékot gőrcső alá vittem, úgy könnyen észrevehető volt, hogy számos sajátságos barnás-fekete szemcse van benne. Bizonyosságot szerzendő arról, hogy ezek a barnás-feketés szemcsék tényleg higany-sulfidból állanak, savba áztattam a praeparatumot, a mikor a zinksulfid teljesen kioldódik, a higany-sulfid ellenben savban oldhatatlan lévén, helyben marad; vagyis a higanyfehérjére nézve ez a kémesővi próba kimutatta azt, hogy benne a higanyt a zink által helyettesíteni lehet. Hogy megyen végbe ez a helyettesítés? Valószínűleg oly módon, hogy a zinkchlorid a fehérjé-tömegekben foglalt higanychloriddal kettős só képez, a mely kettős só nem lévén oly szorosan kötve a fehérjéhez, könnyebben megengedi a kénestének a közönséges reagensek által való kimutatását.

Most következett a dolognak fontosabb része: sikerül-e majd a szövetben is így módon kimutatni a kénest? Az eljárás a következő volt: a kimetszett bőrrésztet meglehetősen töménységű zinkchlorid-oldatba dobtam, ebben egy-két napig hagytam, kivettem, felületesen megmostam és kénhydrogenes vízbe vettem, melyen néhány óra hosszat friss kénhydrogent vezettem keresztül. Miután ez megtörtént, fokozatosan erősbödő alkoholba dobtam a bőrrésztet s ha kellőképp megkeményedett, celloidinba ágyaztam s a mikrotomon felmetszettem. Már az egész bőrrészteten észrevehető volt a barnulás, sőt a feketedés, a metszeteken pedig, melyeket így módon nyertem, a sárgás-barnás-fekete higany-sulfid már kiesi nagyításnál az első szempillantáskor szembetűnt; még pedig nemcsak a szövetrészekben volt jelen, hanem kimutatható volt magukban a sejtekben, azokban az elébb bővebben leírt, demonstrált plasmasejteknél, edényfalakban, hámsejteknél, mirigyekben. Többet-kevesebbet találtam egy-egy sejten, némely metszetben nagyobb mennyiségben, sűrűbben, másokban kevesebbet. Bizonyos volt tehát ennél fogva, hogy a kénest jelen van a syphilitis elváltozást szenvedett bőrrésztetben, hogy a syphilitis kivirágzások gyógyulására ott helyben bír befolyással.

És most már egyéb nem volt hátra, mint lehetőleg jó metszeteket készíteni, t. i. olyanokat, melyek a szokásos festési módszerekre alkalmasak, hogy mentől pontosabban és biztosabban határozhassuk meg azt a folyamatot, a melyet az ott helyben elérkezett, a sejtek által felvett higany azokban megindít és fentart, hogy biztosabban és pontosabban irhassuk le, miként és miért fejlődik vissza valamely syphilitis papulát képező sejtcsoportulás vagy miért szívódik fel a sclerosis, mi okból gyógyul be valamely fekélyesedésbe átment kivirágzás, szívódik fel a gumma, lapul le és tűnik el a periostitis, egy szóval, mindaz a sokféle elváltozás, a mely a syphilitis tünetényeképpen jelentkezhetik és a mely valamennyi visszafelődik s meggyógyul akkor, ha kénest jut a szervezetbe és a vér útján ad locum affectionis.

Már fentebb említettem, hogy a kimetszett bőrdarabokat zinksó bizonyos töménységű oldatába helyeztem. Felmerült most már az a kérdés, milyen concentratiojúnak kell lenni ezen oldatnak, hogy a szövetelemek a benne való hosszabb időzés által ne szenvedjenek structurájukban igen lényeges elváltozást vagy pedig, a mi még előnyösebb volna, nemcsak a vegyi folyamat menjen végbe a higanyfehérnye-vegyület és a zink között, hanem a zinksó által egyszersmind a szövet fixáltassék. Ki lehetett volna keresni tapasztalati úton is a legalkalmasabb töménységet, azonban az efféle próbákra az anyag nehéz hozzáférhetősége miatt nem vállalkozhattam. Módot kellett tehát keresni, hogy valamely

előleges okoskodás alapján tudjam megállapítani, hány százalékos zink-oldat kell az ilyen kimetszett köztakaró darabnak fixálására.

A nehéz fémsók közül, a melyek sorába a zinksók is tartoznak, a histológiában régóta használatos a sublimat fixálási célokra, még pedig közismeretes, hogy egy 7%-os sublimat teljesen megfelel ennek a célnak. Így tehát a kérdést úgy állítottam fel: hány százalékos zinkchlorid-oldat felel meg a 7%-os sublimat-oldatnak a fixálás céljaira? Zinkchloridot és higanychloridot egymással csak a tömegsúly alapján lehet összehasonlítani. A sublimatnak tömegsúlya 271.9, a zinkchlorid tömegsúlya 136.3. Közel volt a következtetés, hogy miután vegyi értelemben egy tömecs zinkchlorid felel meg egy tömecs higanychloridnak; és mivel a higanychloridból egy 7%-os oldat kellett: az arányt a következő módon állítjuk fel: $271.9 : 136.3 = 7 : x$. E számításból körülbelül 4%-os zinkchlorid-oldatot nyertem eredményül s az ilyen oldatba tettem a kimetszett bőrdarabot; miután abban több napig hagytam, kimostam azt s kénhydrogenes vízbe dobtam. E vízben a zinkchlorid fehér csapadékot adott, úgy hogy a bőrdarabka megmegfehéredett, azonban már szabad szemmel is számos barnás-fekete pont és hely volt rajta látható. A kénhydrogenes vízből a szövetet fokozatosan emelkedő concentratiojú alkoholba vittem, celloidinba ágyaztam és felmetszettem. A higanykének kimutatása ezekben a metszetekben kifogástalanul sikerült, ellenben a szövet maga nem volt eléggé megtartva. Festhető volt ugyan, de nem kellőképpen, a kötőszöveti rostok fel voltak lazulva, rugalmas rostok erősen látszóttak, egyszóval a hiányos fixálásnak tüneteit lehetett észlelni.

Valami hiba csúszott betehát a fentebbi okoskodásba, mi nyilvánvalólag a következőkben rejlett. Abból a feltevésből indultam ki, hogy a zinkchlorid a fixáláskor is első sorban vegyi funkciót végez, vagyis, hogy a szövetfixálás egyáltalában a nehéz fémsóknak a fehérjékre gyakorolt vegyi hatásának a következménye. Ha azonban meggondoljuk, hogy mindig csak bizonyos concentratiojú oldatok képesek fixálásra, például éppen 7%-os és nem higabb higany-chlorid-oldat, hogy továbbá a könnyű fémek sóival is lehet fixálni, csak hogy sokkal erősebb concentratiojú oldatokat kell használni, mint a nehéz fémsóknál, úgy világossá lesz előttünk, hogy a fixálás első sorban physikai hatáson alapszik, még pedig oly physikai hatáson, a mely a tömegsúlylál nagyobbodik. Ha tehát egy olyan sóból, a melynek tömegsúlya 271.9, egy 7%-os oldat kellett, úgy a másik sóból, a melynek tömegsúlya 136.5, magasabb százaléku oldat lesz szükséges, ennél fogva az arányt így kell felállítani:

$$271.9 : 136.3 = x : 7 \\ x = 14\%.$$

Mikor ilyen 14%-os zinkchlorid-oldatba vettem a kimetszett bőrrésztet vagy pedig ennek megfelelő körülbelül 11.7%-os zinksulfat-oldatba: ezekkel minden igénynek megfelelő fixálást sikerült elérni.

Az ilyen módon fixált, hosszú ideig kénhydrogennel kezelt, fokozatosan alkoholban keményített, celloidinba ágyazott bőrdarabokból nyert metszeteken a következőket lehet látni: xylolban felvilágosítva és xylolkanadabalzsamba ágyazva már szabad szemmel látható, hogy a praeparatumon, különösen annak a subcutis felé eső részében sárgásbarna homályosodás húzódik végig, azonkívül ilyen homályos pontokat látni a papillák alatt, itt-ott csoportosulva, a hámréteg pedig egészben véve sárgásbarnának látszik. Gyenge nagyítással a festetlen praeparatumnak a subcutis felé eső részében sárgásfekete, vaskos tömegeket észlelhetni, a melyek különösen az edények körül vannak csoportosulva. Hasonlóképpen sárgásbarna rögöket látni a stratum reticulareban, a hámsejteknek pedig pontos alakját engedik észlelni a berakott sárgásfeketés szemcsék. Erősebb nagyítás mutatja, hogy ezek a szemcsék a sejtekben foglalnak helyet, mit különösen kitűnően lehet észlelni a hámrétegben, hol az egyes sejteket a sűrűn egymás mellé helyezett szemcsék kitöltik, azoknak alakját kitűnően visszaadják. Még inkább észlelhetők természetesen ott, hol helyi kezelést is alkalmaztunk a papula gyógyítása céljából; a szerint, a mint a kénhydrogen hosszabb-rövidebb ideig hatott a praeparatumra, a feketedés is kevésbé vagy erősen kifejezett.

¹ Jegecz víz nélkül.

A papula, melyet itt leírni akarok, 11 bedörzsölést végzett betegről származik, kinek erősen visszafejlődött condylomái voltak az anusa táján. Óvatosan vigyáztunk arra, hogy a bedörzsölések alkalmával valahogy a papulákra higanyos kenőcs ne jusson és így localis kénesebhatás ne keletkezzék.

Ugyanilyenek különben az eredmények akkor is, ha a beteget bőr alá történő higany-só-befecskendésekkel gyógyítjuk, mikor véletlen beszenyezés természetesen teljesen kizárt.

A condylomának szöveti képére jellegzetes az, hogy a bőr-papillák rendkívül megnyúltak. A hámcsapok különböző bizarr alakú elágazódásokkal ereszkednek le közéjük, maguk is meg vannak szélesedve, itt-ott a mélyben össze is érnek. A hámcsapok között a capillarisokat kísérő, még eléggé sűrű sejtbeszűremkedés látható, a mely a papillák csúcsán meghajló kacsot képez. A sub-papillaris réteget erősen megritkult, mindazonáltal még eléggé sűrű sejtbeszűremkedés foglalja el, a melyen jól látható, hogy egyes tágult edények körül indult ki. A képen azonban a tömértelen, benne mindenfelé szerteszórt fekete pontok és rögek uralkodnak. Az epidermis majdnem megszakítatlan 4-5, némely helyütt 10 sejtnyi vastagságú fekete réteggé változott. A stratum reticulare sejteiben szintén igen sok a fekete csapadék. Legtöbb azonban abban a sűrűn sorakozott sejtekből képezett hüvelyben, a mely a papillákba benyúló capillarisokat övedzi. Ezek a sejtek már kis nagyítással jóformán összefüggő fekete réteggé változtak, a subcutis felé pedig az egész praeparatum feketén beivódottnak látszik, és csak különös fénytörésükről lehet megismerni a szintén feketévé vált rugalmas rostokat, itt-ott pedig kerek alakjukról a megvastagodott falú véredényeket. Erősebb nagyításkor a hámsejtekben pontszerűen van bele helyezve a higanykéreg úgy, hogy a hámsejt alakját teljesen kitölti. A capillarisok körül csoportosult plasmasejtek hasonlóképen igen nagy többségükben tartalmaznak higany-sulfidot, mely finom fekete szemcsék alakjában lép fel bennük. A plasmasejtek között tömértelen szabad higanyrögöcske található, nyilvánvalólag megfelelnek ezek az előbbi praeparatumokon leírt s a plasmasejt kiürítéséből származó, kékre festődő nagyszámú szemcsének és rögnek. Az edények falzatát, különösen pedig a venákat annyira kitölti a higanykéreg, hogy a structura már csak nehezen vehető észre. Legtöbb higanykéreggel találni azonban az erősen tágult nyirokerekben.

Ha immersios nagyításra állítom be a metszetet, akkor látható, hogy a plasmasejteknek egész tömege feketés-barnás szemcsékkel van tele szórva s feltűnő az is, hogy minél több az ily szemese, annál kevesebb a plasmasejtben a festődő anyag, úgy, hogy némely plasmasejt a festéket egyáltalában nem veszi fel és csak a sűrűn egymásmellé helyezett, sorakozott fekete szemcséből képezett alak árulja el, hogy ott a többi között egy plasmasejt feküdt. Azonkívül igen számos, mindenféle alakú és nagyságú szabad higanykéregszemcsét is látni a praeparatumon. Feltűnő továbbá a barna szín, melyre a vaskos kötőszövet és rugalmas rostok a praeparatumnak a subcutis felé eső részében festődtek.

A capillaris falait kibélelő és azelőbb duzzadt magvúaknak és megnagyobbodottaknak leírt hámsejtek szintén igen sok higanykéreggel tartalmaznak.

Nem akarom a leírás további folytatásával, a mely ügyis csak tökéletlen képét adná a górcső alatt látható viszonyoknak, tovább is igénybe venni az időt s a következtetésekre térek át, a melyek eme képekből vonhatók. Az első következtetés természetesen ez lesz: a kénese az által gyakorolja hatását a syphilitikus kivirágzásokra, hogy belejut a vérkeringés útján a syphilitikus újképlődésekbe. Ennek a bizonyítéka az, hogy a capillarisoknak és a kis arteriáknak a falában, az azt képező sejtekben igen sok higany-sulfidot sikerült kimutatni. A második következtetés, melyet vonok, így szól: a plasmasejtekbe szintén behatol a higany, még pedig oly módon, hogy a vérből kijutva, az edény falát körülvevő plasma- és óriás-sejtekbe beleivódik. A plasmasejtekre gyakorolt hatása pedig abban mutatkozik, hogy a sejt festhető tartalma mindinkább kevesbbedik. Ennek a hatásnak pedig következménye az, hogy a sejtből kilökődött, abból kiürült plasmarezsceskék a sejt mellett és a nyirokutakban nagy számmal megtalálhatók. Hogy miért lökődnek ki ezen plasmarészecskék, arra

is magyarázatot ad a górcsővi kép, a mikor azt mutatja, hogy a sejt közt elszórt rögecskék higanykéreggel tartalmaznak. Ebből azt következtetem, hogy a plasmasejtben azok a részek, a melyek a beivódott kénesevel egyesültek, alkalmatlanná váltak tovább a sejtben megmaradni, onnan kilökődnek és a nyirokármba jutnak, hogy felszívassanak vagy a bőr szabad felszíne felé vitessenek. Hasonló módon megy végbe a syphilitikus újképlődés tömegéhez tartozó többi sejteknek is a kiürülése vagy pusztulása, azonban pontos adatokat erről még nem adhatok.

A mit eddig leírtam és következtettem, azt a górcső mutatta. Most azonban ezt valami módon magyarázni kell. Láttuk, hogy a legjellegzetesebb sejtek, a plasmasejtek, úgy fejlődnek vissza, hogy bennük lassanként kiürül (és hogy nagyobb részük ez által egyszerű kötőszöveti sejté válik). Láttuk azt is, hogy hasonló elváltozáson esnek át az endothelsejtek is. Továbbá — bár nem ilyen szembeszökően — követhetni azt is, hogy mindinkább megkevesbbedik a tágult edények száma, a melyek a subcutisból felfelé törekedvén, az újképlődést vérellátják el, és hogy a megmaradó edények falzatából azok az elváltozások, melyeket összefoglalva mint arteritis syphiliticát ismerünk, szintén eltűnnek. Azokban a praeparatumokban, a melyekben a kénese higany-sulfid alakjában kimutattam, látható, hogy épen azok a sejtek, a melyeken ezek a visszafelépítési tünetek legjobban észlelhetők, tartalmazzák a legtöbb higanyt. Látható az is, hogy az edényekből a vér útján oda jutott higanyt veszik fel és hogy a belőlük kiürülő, távozó részecskék a nyirokutakba kerülnek és vagy felszívódnak, vagy pedig a bőr felszíne felé törekvő nyirokármba elvitetnek.

Mindezeket már most mily összefoglaló módon lehetne magyarázni? Nem lehet a dolgot vizsgálataim szerint másképp felfogni, mint így: a kénese a véredényekben foglalt vérellátással jut el a syphilitikus elváltozásokhoz s ott először a véredények endotheljébe, ezeken keresztül pedig az újképlődés sejteibe jut bele, azoktól felvételre, fehérjéjükkel egyesül és az így megváltozott fehérje, mely a további functiora alkalmatlanná vált, eme sejtekből kioldódik és a nyirokutakba jut. Tudjuk, hogy a higanyfehérje fölös konyhasóban avagy fehérjében oldódik, ennél fogva chemiai magyarázatul elfogadhatjuk azt, hogy a plasmasejtekbe jutott higany, mely azok fehérjéjével egyesült, a szövetnedvben feloldódik. A fixált praeparatumokban a sejt körül és sejt között fekvő kisebb-nagyobb csapadék alakjában válik majd láthatóvá ez a kioldott fehérje, a mely csapadékról kék színe és higanytartalma tisztára elárulja, hogy a plasmasejtekből származott.

Ha végezetül hivatkozom itt régebbi vizsgálataimra, a melyeket a veres és fehér vértestecsek magaviselését illetőleg a syphilitikus vérben végeztem, úgy nyilvánvalóvá lesz a magyarázat alapelveinek azonossága.

Akkoriban azt állítottam, hogy a kénese oly módon hat a syphilitikus egyének vérére, hogy a veres tekecsék egy részét tönkre teszi az által, hogy beléjük jutván, haemoglobinjukkal egyesül, miáltal ez vegyileg megváltozik és a sejtből kioldódik, a sejtplasma pedig mint halvány árnyék marad vissza. Ezeket a vizsgálataimat azóta három külföldi szerző erősítette meg.¹

A mi a vérre nézve áll, az áll a syphilitikus szövetre nézve is. Azok a vértelcsék, a melyek a higany behatása következtében festenyűket vesznek, a syphilitikus következtében degeneráltak, betegek. Azok a sejtek, a melyek a syphilitikus újképlődésben a higanyfelvétel következtében az imént leírt elváltozásokat szenvedik el, ugyancsak kétségtelenül nem normalisak. A syphilitikus vírusának hatása alatt képződött sejtek ezek. Eme csekély ellenállású sejteket, akár a vérben, akár a szövetben foglaltatnak is, a higany oly módon teszi tönkre, hogy haemoglobinjukkal, illetve fehérjéjükkel egyesül, azt további életfunctiora alkalmatlanná teszi, ellenben alkalmassá teszi arra, hogy a szövetnedvekben feloldódjék s a vér vagy a nyirokármba elvitetve kiküszöböltessék.

¹ Cabot és Martins: Justus test for the diagnosis of syphilis. The Boston Medical and Surgical Journal. 1899. április.

Brown és Dole: The Justus test in syphilis. The Cincinnati Lancet clinic. 1900. március 24.

Jones: A critical study of the Justus blood test for syphilis. New-York Medical Journal. 1900. április 7.

Közlemény az elme- és idegkórtani klinikából. (Igazgató Laufenauer Károly ny. r. tanár.)

Kimutatás az elme- és idegkórtani ambulanciának 1900. évi működéséről.

Közli *Hudovernig Károly* dr. II. tanársegéd.

(Vége.)

II. A *neurosis traumatica* szép példáját mutatta R. I. 26 éves kovács. A családjában nem terhelt egyén november 7-dikén egy gyárnak egy forró helyiségében dolgozott; midőn kilépett, fájdalmasan érezte a hideg levegő érintését, megbotlott s elesett. Bal karja négy napig teljesen bénulva, bal lába paretikussá vált. Egy hónappal később ambulanciánkon jelentkezett s a mondottakon kívül bal lábának zsibbadása, ijedékenysége, álmatlanság, akarathány, heves szívdobogás és fájdalmas globusérzés képezték panaszait. Jelen állapot: Pupillái egyenlőek, jól reagálnak; bal facialis közepes ága gyengébb; egész testre kiterjedő durva remegés; bal karban tonusfokozódás nincsen; jobb kéz nyomóereje 22, a balé 7 kgm. Járás közben bal lábát mereven tartja, de ülésnél könnyen tudja térdben behajlítani; térdtünetei egyenlőek, fokozottak. Bal alsó végtagon, térd felett három cm.-nyire kezdődő s az egész végtag alsó részére kiterjedő teljes anaesthesia, analgesia s thermoanaesthesia; ugyanilyen anaesthesia az arc s a hajzatos fejbőr bal felén, továbbá a jobb homlokduddor felett egy féltenyérnyi folton s nagyfokú hypaesthesia a bal tenyérben. Látóterek nagyfokú concentrikus szűkületet mutatnak; kék és zöld színtévesztése; bal oldalon csökkent hallás és csökkent stereognostikus érzés. Izlés, szaglás, izom- és súlyérzés eltérést nem mutatnak. Beteg, ki jelen bajáig egészséges volt, négy heti suggestív kezelés alatt máris tetemes javulást mutat.

III. A *tabes dorsalis* esetei közül ritkább kombinációjuk folytán kettő érdemel említést. Az egyik a *tabes dorsalis combinatioja nuclearis* eredetű *aggyidegbénulásokkal*. K. M. 21 éves hajadon, kisedővönő. Anyja fiatal korában lues acquirált; anyja hét ízben volt grávida: kétszer abortált, három halott magzatot szült, egy gyermeke három hónapos korában halt meg s betegünk az egyedüli élő gyermek. Születése óta mindig gyenge, beteg; teste éveken át telve volt kiütésekkel, fekélyekkel, ilyenek a szájában is mutatkoztak. Ezen betegsége, valamint rhachitise miatt évekig állott orvosi kezelés alatt; hét éves kora óta heves, szaggató fájdalmak vannak egész testében, főleg az alsó végtagokban; néhány évvel később járása bizonytalan, tántorgó lett, főleg sötétben alig tudott járni; 16 éves korában látása gyengült, jelenleg már alig van fényérzése; ugyanakkor léptek fel nála időnkénti vizelési zavarok, néha csak a legnagyobb erőlködéssel képes a vizeletet kiüríteni, máskor ismét önként csepeg el. Két év óta nyelési nehézségei vannak, nagy falatot képtelen lenyelni, néha napokig nem tud nyelni; ugyanezen idő óta ajkait nehezen tudja mozgatni; időnként lelóg a jobb szemhéja.

Jelen állapot: Rhachitikus csontváz; scoliotikus gerincoszlop, ezenkívül háti részen kyphosis; erősen előredomborodó szegycsont; ferde medence, a jobb spina ilei két cm.-mel magasabban áll; jobb kar két cm.-rel rövidebb mint a bal. Bal pupilla szűk, excentrikus helyzetű, a jobb tágabb; mindkettő teljesen fénymerv, alkalmazkodási reactio megtartott, bár gyengén. Szemmozgások szabadok, szemek oldalállásában kifejezett nystagmus. Jobboldali nem teljes ptosis, mely mulékony jellegű; jobb sulcus naso-labialis elsimult, a jobb facialis II., a bal facialis I. és III. ágában gyengébb. Nyelv állandón balra deviál, szájpaddás jól emelkedik, rajta nagy, esillagos heg látható. Beteg ajkait nehezen mozgatja, füttyülő mozgást képtelen végezni. Végtagok durva izomereje jól megtartott; alsó végtagokban kifejezett hypotonia. Mindkét oldalon Westphal-féle jel; nagyfokú Romberg-tünet. Bőrérzése rendes. Hallás jobb oldalt, szaglás baloldalt csökkent. Pulsus száma perezénként 104; mindkét szemén előrehaladott atrophia nervi optici.

Beteg körülbelül három hónapig állott felügyelet alatt, mely idő alatt két ízben többnapig tartó crise gastrigue-ja, egy enyhe crise laryngéenne-je, négy napig tartó vizeletincontinentiája volt; heves lancináló fájdalmak az alsó végtagokban; pulsusa állandóan 108 és 136 között ingadozott normalis hőmérsék mellett; alkal-

munk volt megfigyelhetni egy három napig tartó baloldali strabismus convergenst s végül a beteg nyelési nehézségekről is panaszkodott. Míg egyrészt a jellegzetes tünetek (lancináló fájdalmak, vizelési zavarok, crisisek, fénymerv látás, látóidegatrophia, Westphal- és Romberg-féle jel) határozottan a *tabes dorsalis*-ra mutatnak, addig a tünetek másik csoportja agyidegek nuclearis hűdésére vall. Így a nyelési nehézségek, a nyelve deviálása, az ajkak nehéz mozgathatósága s végül az állandóan felmagasztalt szív működés (hőemelkedés és szívbántalom nélkül), melyet hajlandó vagyok vagushűdés által feltételezettnek tartani, a bulbaer paralysisben bántalmazott agyidegek bénultságát mutatják; ehhez járul még a mindkét facialis területén látható paresis s a mulékony jellegű ptosis s strabismus, vagyis ama agyidegek bántalmazottsága, melyek bénulása a *polioencephalitis superior* kórképét alkotják. Szóval felvehetünk betegünkön egy *tabes* folyamatot, melyhez idővel a nyúltvelőben lévő agyidegmagvak bénultsága által feltételezett bulbaer paralysis vagy *polioencephalitis inferior* csatlakozott s e degeneratív folyamat későbbben áttért a facialis magra, majd a magasabban fekvő agyidegmagvakra, vagyis a *tabes* és bulbaer paralysis képe mellett fejlődő *polioencephalitis superior* tünetei mutatkoznak.

IV. A másik eset a *combinált rendszermegbetegedés* példája. Cs. J. 30 éves rendőr, családjában nem terhelt, lues nem volt, előzőleg mindig egészséges volt, 28 hónap óta beteg. Betegsége járási nehézségekkel kezdődött, lábait mereveknek érezte, azokat nehezebben tudta emelni; járása később bizonytalan is lett, mindig botlott; ehhez az alsó végtagok szaggató fájdalmak jártak. Néhány hónap óta a vizeletet nehezen tudja megindítani. Objectív vizsgálat eredménye: Szűk, igen renyhén reagáló látás; kifejezett Romberg-féle tünet; spastico-atactikus járás; enyhe tonus fokozódás az alsó végtagokban; térdtünet baloldalt fokozott, spastikus, jobboldalt ki nem váltható; mindkét oldalon lábclonus és Babinski-féle jel; mindkét lábfejen kifejezett hypaesthesia. Betegnél tehát a gerinczagy hátsó kötegeinek keményedésére valló tüneteken (renyhén reagáló pupillák, Romberg-tünet, részleges Westphal-tünet, vizelési nehézségek, lancináló fájdalmak, lábfejek hypaesthesiája) kívül az alsó végtagok tonusfokozódása, a lábclonus, a Babinski-féle jel, valamint a kórelzményben említett lábmerevség a pyramis pályák bántalmazottságára mutatnak, miért is ezen eset kórboneztani lényegét a *tabes* folyamaton kívül még az oldalkötegek keményedésében is kell keresnünk.

V. A meglehetősen ritka *akroparaesthesia* tipikus példája a 40 éves B. M.-né. Nyáron dolga volt egy jégveremben, hol csak igen rövid ideig időzött. Rögtön utána csalánszűrősszerű érzése volt mind a négy végtagjának peripherikus részén s nemsokára rövid ideig tartó húzó fájdalom a végtagokban. Három hét alatt — midőn a hasogató fájdalmak már teljesen szüntek — kifejlődött a jelenlegi állapota, mely abban mutatkozik, hogy karjai — és igen kis fokban lábai is — az éjjelen át majdnem teljesen merevek lesznek s míg reggelre felébred, alig bírja azokat mozgatni. Különösen nagy e merevség a kezek ujjában; ujjai nem dagadnak meg, csak rendkívül halványak, majdnem hófehérek s azokban kellemetlen bizsergést, majd zsibbadást érez. Ezen állapot a reggeli órákban fennáll, délfelé szűnik s napközben a beteg magát egészen jól érzi. Legkifejezettebb a halványodás és a bizsergés a jobb kéz II., III. és IV., a bal kéz III. ujjában. Objective semmi eltérés sem észlelhető; bőrérzés rendes; idegtörzsek nyomása nem fájdalmas, sőt a bal nervus radialis nyomása még kellemes érzéssel jár. A tünetek fellépése nagy hideg után, a reggelre fokozódó merevség s a vele járó halványodása az ujjaknak, a bizsergés, a tünetek szűnése napközben, a teljesen negatív objectív lelet megfelelnek *Strümpell* leírásának az *akroparaesthesia*-ról. Betegét faradikus ecsettel kezeljük s ennek behatása alatt máris némi javulás észlelhető.

VI. Csakis a *Gowers* által leírt egyszerű *paraplegia senilis*-nek, vagyis az alsó végtagok — objectív eltérés nélküli — teljes bénulásban végződő fokozódó gyengülésének volt minősíthető P. J.-né 57 éves asszonynak betegsége. Beteg az ambulanciánkon való jelentkezés alkalmával előadta, hogy két év óta lábai állandóan gyengülnek, járása napról napra nehezebb lesz s egyszerűsmind bizonytalanabb; lues az anamnesisben nem mutatható ki;

hólyag s végbélzavarok ninesenek, igen gyenge hasogató fájdalmak mutatkoztak az utolsó időben, főleg a járási kísérleteknél. Status praesens: Nagyon korlátozott actív mozgathatóság az alsó végtagokban, de passive minden ellentállás nélkül, bármely mozgás megejthető; pupillái egyenlőek, fényre s alkalmazkodásra prompt reagálnak. Agyidegek területén semmi eltérés; szemfenékek épek. Térdreflexei normalisak; lábelonus, Babinski s Romberg-féle jel ninesenek; bőrérzés az egész testen rendes. Beteg kissé demens.

Hármas ikerabortus két szakaszban.

Közli: *Markovits Soma* dr. Melenezéről.

A következő ritka esetet észleltem gyakorlatomban: 20 éves I. P. a múlt év augusztus 20-dikán sürgősen kéret, azért mert két hónapon át el volt maradva a havi baja s egy lecsés következtében vérzeni kezdett. (Széken állva gyümölcsöt szedett a fáról; a szék felbillent alatta, s ő előbb egy ágon függve maradt, de azután ijedségében leesett.) Minthogy a terhességnek egyéb jelei is voltak (emésztési zavarok, hányás), a vérzés alapján abortus incipiensre kellett gondolnom, miért is az abortus feltartóztatása végett ágybanfekvést s abszolút nyugalmat ajánlottam. Mindamellett másnap heves keresztfájások és alhasi görcsök kíséretében s bővebb vérzés közben kis tyúktőjátságú pete távozott a nőtől, mely minden kétséget kizárólag kéthónapos terhességből származott.

Mintegy három hónappal később betegem azzal a panaszszal jelentkezett újra, hogy a hasában abortusa óta is nő valami; havi baja mindez ideig nem jött meg s az utóbbi napokban a hasában lüktetészerű fájdalmakat, szúrásokat érzett. Vizsgálatnál az alhasban a symphysis fölé háromujnyira emelkedő, jó nagy férfikölnyi, sima, meglehetősen kemény tumor tapintható, mely tapogatásra koronként még jobban megkeményedik. A külső nemi részek duzzadtak, a hüvely nyálkahártyája livid, a portio puhább, tejfelszerű váladék van, az emlőkben colostrum. E lelet alapján terhességet kellett constatalnom, körülbelül fele idejében, s fel kellett vennem, hogy a három hónappal előbb lefolyt abortussal a méh nem ürült ki teljesen, hanem másik pete maradt benne, mely azóta tovább fejlődik.

E feltevés be is igazolódott három héttel később. A nő t. i. nem akart hitelt adni szavainak s figyelmeztetésem dacára sem kímélte magát. Valami nehezebb teher emelése után egyszerre ismét vérzeni kezdett; két nap múlva szülőkészítést kapott és abortált, még pedig két élő fiúmagzatot, melyeknek hossza 24, illetőleg 21 cm. volt. Negyed óráig éltek. A lepény és burkai hiány nélkül születtek meg: egyetlen közös lepény volt, melyen a két köldökzsinór marginalisan tapadt; e mellett egy közös chorion és két külön amnion volt található. Ez a két magzat tehát egy petéből származott, melyen két csira fejlődött. Ezzel egy időben termékenyült a másik pete is, melyből a harmadik embryo fejlődött. Együtt növekedtek egy ideig, mígnem az egyik pete abortussal kiürült. A mi ez esetben ritka, az azon körülmény, hogy a másik, a kettős pete nemcsak sértetlenül megmaradt a méhben, hanem tovább is fejlődött a terhesség közepén túl. Hasonló esetek vannak az irodalomban feljegyezve akár kettős, akár hármias ikerterhességről. Észleletemet én is azért óhajtottam közölni, hogy nyoma legyen hazai irodalmunkban.

T Á R C Z A.

Berlini levél.

1901. január 15.

(Az orr melléküregeinek gyógykezeléséről.)

Jóformán alig tizenöt esztendeje, hogy az orrgyógyászat keretében a melléküregek elváltozásai is nagyobb figyelemben kezdenek részesülni és mégis dacára fiatal voltának, ez a tér az, a melyen az orrsebészet napjainkban a legfejlettebbnek, a legtekélyesebbnek mondható.

Az autorok nézetei ugyan, mint egyébként, úgy itt is egy és másban még eltérnek egymástól és az ezen úton még járatlan egyén bizony könnyen eltévedhet a különböző oldalról ajánlott és felkarolt methodusok tömkelegében; de elvégre is a vélemények már simulékonyabbak, közeledni kezdenek egymáshoz és rövid időn belül meg lesznek állapíthatók, hogy mely eljárások azok, a melyek tényleg meg is felelnek a hozzájuk fűzött várakozásoknak és hogy nevezetesen melyik methodusnak biztosítandó előny az empyemák egyik és melyiknek egy másik esetében.

Miután e helyen, mint azt már több ízben hangsúlyoztam, nem egy összefüggő egészet kívánok adni, hanem főleg az egyes berlini klinikák gondolkozási világát, az egyes kérdésekben elfoglalt álláspontját és főleg ezeknek egymástól való eltérését óhajtom tárgyalni, a már készen álló és biztos alapokon nyugvó részletekhez nem nyúlok, de viszont, a hol még némi ingadozás tapasztalható, avagy a hol egy-egy érdekesebb dolgot, újítást tapasztaltam, azt megemlítem.

Az empyemákhoz társuló melléktüneteket illetőleg, egész röviden, csupán Jansen kijelentése bir érdekel. Szerinte az empyemákhoz társuló heves asthmikus rohamok csupán a Highmor-üreg és a rostacsontsejték genyedéséinél fordulnak elő.

Az ikesontüreg lobjánál viszont igen gyakran lépnek fel nagyfokú hátfájdalmak.

A sinus empyemák egyik diagnostikus segédeszközét, a diaphanoskopot, a klinikák nagy részében becsben tartják, viszont egyesek e műszernek igen csekély, úgyszólván semmi értékét nem tulajdonítanak.

A fő uralkodó nézet különben az, a mit már Hayek is hangsúlyozott, hogy egyedül az átvilágítás leletére diagnosist felállítani nem lehet, de adott körülmények között a többi segédeszközök mellett a diaphanoskopia igen becses támpontul szolgálhat, de csakis a Highmor-empyemák vizsgálatánál. Ugy a Fränkel, mint a Krause, Heymann és Rosenberg klinikákon a frontal sinusok megbetegedésénél a diaphanoskopnak nagyobb fontosságot szintén nem tulajdonítanak, miután teljesen egészséges sinusok is igen változatos képet mutatnak az átvilágítás alkalmával.

Ez a körülmény első ízben az eszköz akaratunkon kívüli, hibás alkalmazásában rejlik. Egy és ugyanazon személynél is minden újlagos átvilágítás alkalmával más és más képet fogunk nyerni, miután ha a lámpát már egyszer elvettük, ugyanazon pontra újólág visszailleszteni képesek nem vagyunk, avagy ha ez véletlenül sikerül is, a lámpa nyelét tartó kéz nem lesz ugyanazon helyzetben, a minek a következőként a fénynyaláb sem ugyanazon a csontreszleten fog áthatolni, mint első ízben. És a mi jelenleg érdekel birt, a hibán a kettős diaphanoskop sem segít, miután tudvalevőleg e frontal sinusok úgy kiterjedésükben, mint faluk vastagságában is nagy változatosságot mutatnak, azonkívül kettős lámpával sem vagyunk képesek az alattuk fekvő lágyrészekre mindkét oldalon szigorúan egyenlő erejű nyomást gyakorolni, a mi pedig szintén feltétel volna.

B. Baginsky a Highmor empyemák megállapításánál sem tulajdonít ez eljárásnak semmi értéket, viszont Jansen épen nem ítél ily szigorúan.

Minden esetre azon helyes álláspontra helyezkedik, hogy miután az átvilágítás sem idővesztéssel jár, sem beavatkozásnak nem mondható, sohasem árt, ha úgy a Highmor-, mint a frontal-empyemák gyanújánál az átvilágítással is kísérletet teszünk.

Nem hagyhatom említés nélkül, hogy úgy még az odabaza vizsgált betegimnél, valamint itt a berlini klinikákon is azon tapasztalatot merítettem, hogy ha a Highmor-üregek átvilágítás alkalmával feltűnő különbségeket mutatnak, a próbapunctio is positiv leletet szolgáltat. Ezzel nem akarom azt állítani, hogy egészséges Highmor-üregeknél élénk eltéréseket nem találunk, hanem épen ellenkezőleg, ha empyema gyanújánál eltérést a két oldal között a diaphanoskop segélyével megállapítani nem vagyunk képesek, úgy, mielőtt a próbapunctiohoz fogunk, nem fog ártani, ha még egyszer egy alapos orrvizsgálatot eszközölünk, annak megállapítása céljából, vajjon nem tévedtünk-e első ízben?

A próbapunctiót a Fränkel-féle klinikán a középső, Heyman professornál rendszeren az alsó orrjáraton át végezzük.

Mielőtt még a berlini poliklinikákkal megismerkednem alkalmam nyílt volna, M. Schmidt ajánlata folytán magam is állandóan az alsó orrjáraton át végeztem a punctiót. Okulva azonban M. Schmidt tapasztalatán, miszerint ha az orrjárat egy igen elől fekvő részen igyekezett pangálni, a csontfal nagy vastagsága miatt csak nagy nehézséggel volt képes keresztül hatolni, mindig a legnagyobb súlyt helyeztem arra, hogy lehetőleg az előirt ponton szúrjam be a tűt. És dacára ennek, lehetséges, hogy szerencsétlen véletlen következtében, de három esetben olyan vastag csontfalra akadtam, hogy csak többszöri próbálgatás és nagyobb erőfeszítés árán jutottam be végre az üregbe. A járhatlanságot sem vethettem itt a szememre, miután nem az első, hanem épen az utolsó esetemben tapasztaltam e kellemetlenséget. Ezzel szemben, ha a punctiót a középső orrjáratban, a pars membranaceaiban végezzük, nagyobb ellentállásra nem akadunk. Még ha a sinus maxillaris, avagy a jelenlevő járulékos hasadékokat nem is találjuk meg, a fal mindenütt elég vékony arra, hogy könnyedén, alig okozva a betegnek egy kis fájdalmat, hajtsuk végre a kis műtetet. Hayek szerint koránt sincs kizárva, hogy a Highmor-üreg rendellenessége esetén, azaz ha az orr-üreg külső fala a felső állcsont orbita lemezével részben összenőtt, a középső orrjáraton végezett punctio alkalmával könnyen a szemüregbe tévedhetünk.

Ez a veszély azonban nem fenyeget, ha a műtet előtt az orrüreg külső falának a hajlással behatóan szemügyre vesszük, azonkívül a beszűrés alkalmával a tű hegyét kissé lefelé irányítva, a próbafecskendőt kívül annyira emeljük, a mennyire azt az orrnyílás porci részlete megengedi. Szabály továbbá, hogy a tűt a behatolás pillanatában ne nagyon erőszakoljuk. Ha kellő vigyázattal, mintegy tapogatódzva akadunk be a középső orrjáratba, a tű hegye rendszeren vagy a természetes nyílásba, vagy egy alkalmas mélyedésbe magától is beilleszkedik, a midőn egy kis nyomás elégséges arra, hogy az üreg belsejébe hatolhassunk.

A Krause-klinikán próbapunctiót egyáltalán nem végeznek. (Az ott követett eljárásra később visszatérek.)

Jansen figyelmeztet, hogy sokszor, dacára a kétségtelenül fenálló empyemának és nagyobb mennyiségű genynek, a punctio positiv eredményt azért nem szolgáltat, mivel a megduzzadt és túltengett nyálkahártya az üreg belsejét egészen kitölti és így a nyálkahártya hasadékaiban felhalmozódó genyhez hozzá jutni nem lehetséges.

A Jaenicke által ajánlott gátló gyűrűt egy punctios tűn sem láttam. Ez újítás azon célból történt, hogy a tűnek a külső Highmor-falon történendő átszaladását megakadályozza. Ha azonban a punctiót a középső orrjáraton át végezzük, az ellentállás csekély volta miatt, a behatolás erejét és gyorsaságát annyira szabályozhatjuk, hogy e kellemetlen következménytől nem félhetünk.

Nem láttam azonban Jaenickének egy másik sokkal hasznosabb újítását sem, a mi abban áll, hogy a punctios tűnek nem a hegyén, hanem az oldalfalán vannak a nyílások alkalmazva. Ez a módosítás igen észszerű, miután így a nyálkahártyának a beszűrés alkalmával a tűnyílásba való betüremkedése nem jöhet létre.

A mi az empyemák diagnosztikájának a megállapításához egyéb szükségeltetik, az minden klinikán a jól ismert módon, egyöntetűen történik. Megemlítsékre méltó, hogy a Fränkel-féle klinikán óvakodnak a gyakori sondázástól és csak azon esetben veszik igénybe, hogyha a diagnosis homályos, avagy a szelidebb eljárásokkal azt megállapítani nem sikerül. Ugyanitt sohasem mulasztják el az ú. n. Fränkel-féle próbát, mely abból áll, hogy a beteg fejét előre és egyszersmind az empyemára gyanus üreggel ellenkező oldalra hajlítják, miután a geny kifolyására ily helyzetben legkedvezőbbek a viszonyok.

Jansen igen nagy fontosságot tulajdonít a postrhinoskopiai vizsgálatnak. Az alsó orrkagyló hátsó részén tapadó geny és a középső orrjáratból kieső polyp mindenkor a legnagyobb valószínűséggel egy Highmor empyemának a következménye. Ha pedig a mellő vizsgálatnál a középső orrjáratban bő geny felhalmozódást találunk, úgy abból arra következtethetünk Jansen szerint, hogy a homloküreg empyemájával van dolgunk.

Egy további fontos kérdés, hogy mikor, mely esetekben van helyén a műtét?

Jansen úgy vélekedik, hogy ha egy chronikus empyema semmi panaszra a beteg részéről okot nem ad, a miből következik, hogy a geny lefolyása szabad, úgy a kezeléstől eltekinthetünk, ha azonban kellemetlen tüneteket okoz, úgy akármelyik sinusról is van szó, az üreget meg kell nyitni.

Alexandernek, a Fränkel-klinika tanársegédének az a véleménye, hogy ha semmi veszély az empyema részéről a beteget nem fenyegeti, a legcélszerűbb ha várakozó álláspontra helyezkedünk. Nagy meggon-dolatlanúság, egy empyema diagnostizálása után mindjárt műtétet is végezni, csakis akkor, ha a hosszabb megfigyelés után arra a következtetésre jutottunk, hogy e baj sem magától, sem enyhébb beavatkozásra szűnni nem akar, gondoljunk a sebész beavatkozására.

A sinus frontalis empyemáinak műtétése, az összes klinikák között, Krause professornál fordul elő a leggyakrabban. Ha csak fenyegető tünetek az operációt elkerülhetetlenné nem teszik, mindenképp előt a természetes úton igyekeznek a geny lefolyását biztosítani és ha ez sikerül, a kezelést is ez úton át végzik. A finom frontal canul bevezetése után először levegőbefúvással az üreg falán tapadó genyet leválasztjuk, mire az a canalis naso-frontalison át szépen eltávozik. Ennek megtörténte után Kabierske-féle porfúróval jodoformmal töltik meg az üreget. Csakis az esetben, ha ez eljárás eredményre nem vezetne, fordulnak két hó elmúltával a megnyitáshoz. Az eredmény a legtöbb esetben igen jó. Jelenleg is hasonló kezelés alatt áll egy beteg, kinél már a kezelés második napján sikerült az összes kellemetlen tüneteket megszüntetni. Jansen ezzel ellentétben úgy vélekedik, hogy ha a drainage sikerül, megkísérhetjük ugyan ez úton a kezelést, de gyógyulást egy időtlen esetben se várunk.

Egy igen nagy hátránya volna e methodusnak, hogy a drainirozás következményeként a ductus naso-frontalis nyílása körül hegek képződnek, sőt az is megeshetik, hogy csakhamar a nyílás egészen eldugul, a midőn azután nem hogy a kezelést folytatni lehetne, de a geny felhalmozódása is nagy bajokat okozhat.

A Krause-klinikán a nyílás elhegesedését soha nem tapasztalták, miután nem alkalmaznak igen vastag csövet, hanem minden esetben olyat, a mely a ductusba könnyen behatol és ott kényelmesen elfér és nagyon vigyáznak arra is, hogy a finom járatot meg ne sértsék a canule bevezetésénél.

A berlini klinikákon jelenleg a Highmor-üreg műtéteinek négy faja divik.

A Fränkel-, Heymann- és Rosenberg-klinikákon a Cooper-féle methodus szerint operálnak mindazon esetekben, hol a fogak cariosusak, avagy hiányzanak és a kísérő tünetek a széles megnyitást nem indikálják.

Rosenberg professor szerint a Cooper-műtétnek az a nagy előnye, hogy az infectio lehetősége a legkisebb, miután az üreg csupán egy kis nyíláson át közlekedik a szájüreggel és a külvilággal. (Mint alább látni fogjuk, mások a műtét főhátrányául épen a kis nyílást emlegetik.)

Ha az empyema, dacára a műtétnek, hat hét alatt meg nem gyógyul, úgy a fossa caninán át is megnyitják az üreget. Alexander szerint ez utóbbi módon csakis akkor operálunk, ha áttörés van készül-ben, avagy a rostacsontsejtek is megbetegedtek.

A Cooper-féle methodusnál az elektromos fűróval készítik a nyílást. A kimosásra szolgáló folyadékok közül a Fränkel-klinikán a fél percentes carbolvíz, máshol az acidum boricumot, kalium hypermanganicumot alkalmazzák, a nélkül, hogy egyik szer valami különös előnnyel bírna a másik felett.

Annai tény, hogy az összes methodusok között a Cooper-féle a legcélszerűbb gyógyulási percenttel dicsekedhetik és mondhatni, nem egyéb, mint egy szükségtelen bevezetés a Küster-féle operatiohoz. Minden oda mutat, hogy a műtét e faja lehetőleg el fog tűnni a színtérről.

Heymann professor egy érdekes esete jelenleg újra aktualissá tette a kérdést, hogy vajon szükséges-e az alveolaris nyílásba prothesiseket alkalmazni.

Heymann és Fränkel professorok ugyanarra az álláspontra helyezkednek, a mire M. Schmidt, hogy t. i. az obturatorok teljesen fölöslegesek, annyival is inkább, miután a kimosásra szolgáló cső naponkénti

bevezetése mellett nem félhetünk attól, hogy a nyílás elzáródik. Magam sem tapasztaltam ezt, sem itt, sem Berlinben, sem odahaza kezelt betegekimmél. A kezelés későbbi időszakában, midőn a kimosások ritkábban történnek, az esetleg gyorsan fejlődő granulatiók mégis megszüntethetők avagy elzárhatják a nyílást, ezen azonban egy finom kis hályogkessel, avagy akár egy erősebb sondával is segíthetünk.

Hogy az obturatorok néha mily kellemetlen következményekkel járhatnak, azt alkalmam volt legutóbb Heymann professor egy érdekes műtete alkalmával tapasztalhatni.

Egy Highmor-empyemában szenvedő nőt beteget egy specialista ezelőtt másfélévvel Cooper szerint megoperált és az alveolaris nyílást egy fogorvos által készített gummiobturatorral zárta el. A beteg csakhamar kikerült az illető orvos kezelése alól és pár hóval ezelőtt Heymann professor rendeléseire jelentkezett újlag. Miután az alveolaris nyílás szabad volt, megkísérlették ez úton a rendszeres kimosásokat. A hónapokig tartó kezelés alatt mindössze a geny bűze csökkent, de úgy a a genyedés, mint a többi kellemetlen tünet makacsul megmaradt. A beteg folyton tartó, igen heves fejfájások következtében már öngyilkossággal fenyegetőzött, mire Heymann professor elhatározta, hogy Küster szerint is megnyitja az üreget.

A műtét chloroform-narkosis mellett csakhamar megtörtént. Alig hatolt be a szélesen megnyitott üregbe egy fogóval, midőn mindnyájunk nagy ámulására egy körülbelül három cm. hosszú gummipálcikát húzott ki onnan. Ezt követték szép sorrendben egy kaucuk-canule, majd végül egy két cm. hosszú és egy cm. vastag gummidarabka. A legelsőnek eltávolított gummipálcika veszedelmesen hasonlított egy Herzfeld-féle obturator bővítéshez.

A beteg a műtét utáni napon a következőket vallotta. Az obturator, mit állandóan az alveolaris nyílásban hordott, egyszer csak elveszett, mire ő nem felejtkezve meg orvosa tanácsáról, a nyílás elzárása céljából maga illesztette be egy gummidarabkát, majd midőn az is eltűnt, azaz a beteg tudtán kívül felcsúszott az üregbe, még egy kaucuk-esővel próbált szerencsét. Az egész történetben leginkább az a csodálatos, hogy az illető specialista, ki a beteget első ízben megoperálta, elfelejtette patientsét figyelmeztetni, hogy az obturatort naponta szorgalmasan meg kell tisztítani. Csakis így történhetett azután, hogy a beteg egy és ugyanazon prothesist három hónapig minden kifőzés vagy tisztítás nélkül, egyfolytában hordotta. Természetes, hogy ennek folytán a Highmor-üreg lobosodása még inkább növekedett, majd utóbb, mikor az obturator pálcikája a lemezről levált és az üregbe csúszott, evesedés is lépett fel. A Highmor-üregben azon a helyen, hol az idegen testek feküdtek, a nyálkahártyára gyakorolt izgatás folytán még polypok is képződtek, a melyek természetesen a Küster-féle műtét alkalmával szintén eltávolítottak. A fossa caninán át nyitják meg a fent nevezett klinikákon a Highmor-üreget azon esetekben, ha a hosszú időn át fennálló empyema az üreg nyálkahártyájában valószínűleg nagyobb fokú elváltozásokat hozott már létre, ha a beteg nagy fejfájalmokról, bűzös kifolyásról panaszodik, ha áttörés készül, ha a fogak teljesen épek, ha a rostacsontsejtek betegek és végül mint már említettem, ha a Cooper-féle methodus eredményre nem vezetett.

A műtét Heymann professor klinikáján chloroform-narcosis mellett, B. Fränkel professor osztályán pedig submucosus cocain-érzéstele-nítés segélyével történik. A mint tapasztaltam, ez az utóbbi eljárás sokkal észszerűbb, miután a betegek minden nagyobb szenvedés nélkül könnyen kibírják a műtétet.

A műtétet a jól ismert módon, véső segélyével végzik.

Tóvölgyi Elemér dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gonorrhoeás általános fertőzés kérdése.

Közl.: Ráskai (Reách) Dezső dr. műtőorvos.

(Vége.)

Sem a bakterologikus, sem a kórboneztani vizsgálatok azonban kielégítő magyarázatot e bántalmak keletkezésére nem nyújtottak, sőt hogy még közelfekvő esetekben is tévedés eshetik a kóroki felfogásban, bizonyítja Fürbringer⁷⁹ esete, melyben in vivo a gonorrhoeikus eredet majdnem biztosnak látszott (meningitis cerebrospondialis gonorrhoeica), a meningealis exsudatumból pedig a Weichselbaum-féle meningococcus intracelluláris lett kitenyésztve. A központi idegrendszeri megbetegedések, valamint a psychosisok (Fischel, Venturi) kóroktani alapja feletle bizonytalan. Minor⁸⁰ szerint ez idő szerint egyáltalán nincs jogunk gonorrhoeikus központi idegrendszeri megbetegedésről szólni, mind a mellett, a midőn valódi gonococcusos pyaemia létezése kétségtelen, mely az izületek, nyáktsakok, inbúvelyek, savós hárták, ezek közül első sorban az endocardium, belső szemhártyák (iritis, iridocyclitis), bőr (tályog metastasisok, bőrkütegek) megbetegedéseiben ép úgy nyilvánul, a mint azok a septico-pyaemikus megbetegedések rendes kísérői szoktak lenni. Ha már most tekintetbe vesszük, hogy más mycotikus septico-pyaemikus megbetegedéseknél, általában ugyanezen localisatio mellett, a központi idegrendszer megbetegedései, meningitisek, az agyüterek emboliái, myelitisek, neuritisek észleltettek, úgy a gonococcusos pyaemiát fogadva el alapul, a gonorrhoeás idegmebetegedések pathogenesise is könnyen megmagyarázható (Durduffi).⁸¹ A különbség csak qualitativ: míg a más

fertőzésen alapuló sepsisek rendszerint halálhoz vezetnek, addig a gonococcus alapján fejlődőknél a kimenetel a relatív ritkaságok közé tartozik. Tény, hogy az idegrendszer megbetegedését kevés kivétellel az ízületek megbetegedése előzi meg, tehát a már általánosított megbetegedés alapján fejlődött ki az idegrendszer laesioja. A gonorrhoeás idegrendszeri megbetegedések diagnózisát nem könnyíti, a post hoc ergo propter hoc sok tévedéseknek tár ajtót, de ha a symptomáknak nincs is valami különösen specifikus jellegük, mégis egyesek oly szabályszerűséggel találhatók minden esetben, hogy a diagnózis támasztát képezhetik. Így pl. az ischias hirtelen fellépte, heves kifejlődése, tisztán a csomó részletre való localizálása, gyors lefolyása és recidiválnál való kiújulása, megkülönbözteti a genuin ischiasoktól. A spinalis megbetegedések kifejlődésükben ritkán illeszthetők be valamely határozott schemába, majd az inreflexek, majd az érzési vagy a trophikus zavarok azok, melyek a rendes típustól eltérést mutatnak. Jellegzetes az érzési sphaerából való tünetek uralma a kórképen, a fájdalmak hevessége, a mit némelyek a csigolyák ízületi lobjának, mások a spinalis idegyökök lobos izgalmanak tulajdonítanak. Az inreflexek az esetek legtöbbszörénél fokozottak, izomatrophia majdnem minden esetben található, a mint hogy gyakori a sacralis-decubitus is. Lehet, hogy a lumbal punctio a jövőben itt is a közvetlenebb bizonyítást engedje meg.

A prognózis valamivel kedvezőbb, mint a megfelelő bántalmaknál általában lenni szokott, a meglepő javulások és gyógyulások nem tartoznak a ritkaságok közé.

A therapiánál a supponált alapbántalomra, a gonorrhoeára különös tekintettel kell lennünk. Tagadhatatlan, hogy épen az elhanyagolt gonorrhoeák mellett lépnek fel leggyakrabban complicatiók távoli szervekben és a szövödmények fellépte az alapbántalom exacerbatiojával esik össze, másrészt annak remissiojával a szövödményes megbetegedésben is javulás áll be. Szükséges tehát, hogy minden egyes esetben, a melyben az idegbaj és a gonorrhoea között összefüggést keresünk, nemcsak az előbbit, hanem az utóbbit is igazán szakszerű kezelésnek vessük alá.

Bőrmegbetegedések. A gonorrhoeával kapcsolatos vagy vele összefüggő bőrbántalmak klinikai megjelenésük szerint négy csoportba sorozhatók: 1. Egyszerű erythemák; 2. urticaria és erythema nodosum; 3. haemorrhagikus és bullös exanthemák és végül 4. hyperkeratosisek (Buschke).⁸² A mi az erythemákat, különösen azok első két csoportját illeti, úgy mindinkább szaporodnak a kifogás alá nem eső közlések (Colombini, Raynaud, Ballet, Andres, Perrin, Mesenet, Durante, Schanz).⁸³ Mirobulow⁸⁴ esetében a gonorrhoea második hetében a mellkason erősen viszkotó kütég jelentkezik, kölesnyi, kiemelkedő göbcsék alakjában, melyek másnap összefolynak, 40° láz, fejfájás, zavart sensorium és nagy depressio mellett a kütég az egész köztakaróra elterjed, penis és scrotum bőre oedemás lesz, a csomók belfelületén kis összefolyó genyócók. Néhány nap alatt úgy a láz, mint az erythema megszűnik, majd körülbelül egy hétig tartó igen élénk desquamatio következik be. A megbetegedés egész tartama alatt sem a szív, sem az ízületek vagy nyákhártyák részéről elváltozás nem találtatott. A bullös exanthemákat látták Finger⁸⁵ három esetben, Litten⁸⁶ öt esetben (ezek közül egyben chorea is járult hozzá) és Welandert egy esetben. Ezen exanthemák közös sajátossága, hogy vagy csak egy alakban lépnek fel, vagy egymás után vagy egymás mellett különböző alakok és erősségű eruptiók láthatók. A test egy tájához sem kötődtek, legritkábbak a hajzatos fejbőrön. Néha 24 óra alatt fejlődnek ki és halványulnak ugyanennyi idő alatt el, vagy a gonorrhoea egész tartama alatt, sőt azon túl is tartanak. Sem a láz fellépte, sem annak tartama vagy minősége bizonyos alakhoz nem kötött, néha teljesen hiányzik, néha igen magas, és kritice vagy lytice végződik, sőt intermittáló typus is észleltetett (Litten). Többször a heveny gonorrhoeához társulnak, annak friss stadiumában lépve fel, a legtöbb esetben metastaticus megbetegedés is észlelhető, többször ízületi vagy szövödmény a szív részéről, endo- és pericarditis vagy nephritis.

A bőrmegbetegedések ezen három csoportjánál mindig kizárandók az orvossági exanthemák, a melyek épen a gonorrhoeánál igen gyakoriak, copaiva, cubeba, salicyl, antipyrin, brómsók bevétele után; az oleum santali relatív ritkán idéz elő ilyeneket, de az újabban forgalomba hozott salosantal után magunknak is volt alkalmunk Róna tanár osztályán esetet látni. A gonorrhoeával való összefüggése ezen exanthemáknak sokak szemében vitás; a mi különösen az erythemákat, urticariát illeti, úgy ezek többször angioneurotikus dermatosisoknak vétettek; Finger szerint csak ritkán állanak specifikus aetiologikus összefüggésben a gonorrhoeával, hanem ép olyan reflectorikus bőrmegbetegedéseknek tekintendők, a melynek más genital megbetegedéseknél, pl. dysmenorrhoeánál nem ritkák; ezt támogatja Lewin kísérlete is, a ki az urethra izgatásával erythema exsudativum multiforumhoz hozott létre. Flesch azt hiszi, hogy ezen exanthemák a gonorrhoeánál nem ritkán emésztési zavarokkal függnek össze. Vidal és Besnier trophikus toxidermiáknak tartják. Mindezen nézetek azonban oly időből származnak, a midőn a fertőző betegségek kíséretében fellépő exanthemáknak sem jellegével, sem jelentőségével nem voltak tisztában. Ma kifogástalan bacteriologiai vizsgálatok alapján kétségtelen, hogy a bőrkütegek fertőző betegségeknél az infectio okozók közvetlen hatása folytán vagy toxinjaik útján jönnek létre. A bőrbántalmak negyedik csoportja a hyperkeratosisek, trophikus idegzavarokon alapulnak. Jeanselmé⁸⁷ (1895) esetében az alszár izmainak sorvadása mellett és a térdinreflex fokozottságával hyperkeratikus növedékek léptek fel a lábujjakon, a talp szarurétegének 1 cm.-ig való megvastagodásával. Chauffard Jeanselméhez hasonló esetet közöl, erőteljes fiatal ember, ki életében másodszor acquirált gonorrhoeát, orchitist, acut szemgyuladást, többszörös ízületi lobot, aortitist kap; az általános állapot nagyon rossz, erős prostratio, száraz nyelv, halvány

bőr, e mellett kezen, lábon disseminált keratosis. Az esetet kachectizáló virulentiájú gonorrhoeikus infectionak tartja. Jaquet és Ghika érzési zavarokkal párosult keratosisok felléptéről a talpakon beszélnek és a baj eredetét gonorrhoeikus neuritis vagy myelitis folytán létrejött tropho-neurosisnak tartják. Robert öt esetről tesz említést, a hol a keratosisok a talpon és tenyőren székeltek és iritisek vagy arthritisek után fejlődtek.

A minden esetre igen ritka bőrmegbetegedések valamely különös kezelést nem igényelnek. A prognózis igen kedvező.

A gonorrhoea folytán metastaticus úton létrejövő *ophthalmiák* (szemmegbetegedések) ritkaságuknál fogva és a kedvező kórjósolat folytán különös figyelemben nem részesültek. Brandes (1852) egy betegről tesz jelentést, kinél a gonorrhoeának minden recidivájánál szemgyuladás lépett fel. A leggyakoribb formát conjunctivitis képezik, a melyek közvetlen átoltás nélkül, többnyire ízületi lobokhoz társulva keletkeznek. Ez alakot mint conjunctivite sero-vasculaire Fournier írta le tüzetesebben. Valamivel ritkábbak a cornea és iris megbetegedései. A cornea erős lobjairól és fekélyesedéseiről számolnak egyesek be (Coloman, Haslund), az iris megbetegedései mint iritis simplex, iritis serosa (Galszewsky) és iritis plastica jelennek meg. Ezen megbetegedéseket először Förster írta le, rendszeren arthritishoz társulva; Goldzieher⁸⁸ szerint igen gyakran arthr.-ek nélkül is létre jönnek, többnyire serosus jellegűek, gyenge synechiákkal, melyek atropinra könnyen megszakadnak, higanynélkül is könnyen gyógyulnak. 1897-ben Scholtz Kornél⁸⁹ közöl a tud. egyet. szemklinikájáról iritis gonorrh.-t, a 2 1/2 év óta gonorrhoeában szenvedő beteg bajának minden egyes kiújulásánál ízületi gyuladást kap, a legutolsó exacerbatiót bokaizületi, valamint a jobb kéz mutatóujjának gyuladása követi, majd mindkét szem iridocyclitis. Úgy az eset körülményei (a gonorrh. kiújulása és a complic. fellépte közötti párhuzam), mint az egyéb alkati bántalom kizárása, a betegség lefolyása, a gonorrhoea és az iridocyclitis közötti összefüggést kétségtelenné teszik. A gonorrhoeikus iridocyclitist Mackenzie szerint vehemens fellépte jellemzi. Az ő észlelései szerint a serosus izzadmányt az egész csarnokot kitöltő oly bő plastikus exsudatum követi, a melyen az iritisnek semmi más alakjánál nem észlelhető. Másrészt, ezen izzadmány bármily tömeges is, könnyen felszívódik, a synechiák atropinkezelésre megszakadnak, a gyógyulás zavartalanul beáll. A Scholtz által közölt eset érdekessége, hogy a kánkó fellépte és az iritis keletkezése közötti idő 2 1/2 év, holott a gon. iritis incubatio ideje rendszeren rövid. (Középérték 15 nap, John.) Fournier statistikája szerint átlag 62 kánkó beteg közül egy szenved ízületi complicatiókban és ezek közül 38% betegszik meg iritisben. A gon. iritis kezelése csak tüneti lehet és miben sem különbözik más iritistől. Bact. vizsgálat, tekintettel a nagy felelősségre, a melyvel egy iritis szem megpungálása jár, mindeddig nem történt. Legújabbban Kaldrovits mutatott be hasonlóképen igen jellemző esetet. A rezechtárgya megbetegedései a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. Hilbert egy kétségtelen retinitis gonorrhoeicát látott, mely minden újabb gonorrhoeikus infectionál újra jelentkezett. Panas⁹⁰ amaurosisról tesz említést, a melynek létrejöttét gonorrhoeás basalmeningitis gyógyulására vezeti vissza.

Az elmondottak szerint, kétségtelen a gonorrhoeának azon képessége, hogy távoli szervekben metastasisokat hoz létre. A közvetlen bizonyíték hiányosságát a megbetegedések egyes, mindinkább gyérülő, fajainál a klinikai megfigyelés teljesen pótolja. Az urethralis megbetegedéssel való szoros viszony, javulásának és rosszabbodásának közvetlenül mutatózó hatása a metastasisokan megbetegedett szervekre, az eredeti megbetegedési gócz lehetőleg gyors, de feltétlenül teljes meggyógyítását teszi minden egyes esetben kötelességünké.

Könyvismertetés.

Die Traumen der männlichen Harnröhre. Historische, anatomische und klinische Untersuchung von Dr. M. A. Wasiliew, Prof. e. o. der Chirurgie an der kais. Univers. zu Warschau. I. II. A. Hirschwald, Berlin, 1899. és 1901.

Ezen most megjelent második részszerző sebész különszakmunka egy igen érdekes munkája nyert befejezést. Már a két év előtt megjelent első rész, a munkának önálló kutatásokban kétségtelenül becsesebb része is, azon sajátossággal bír, mely a könyv értékét első sorban maradandóvá teszi hivatott és mely a második résznek is jellegét adja: a régebb és újabb idevágó irodalomnak példátlan szorgalmú összegyűjtése, hiven Littré elvéhez „il n'est pas de développement, le plus avancé de la médecine contemporaine, qui ne se trouve en embryon dans la médecine antérieure“, mai tudásunk forrásait lépésről lépésre követi, a „regés“ ó-kortól napjainkig.

Ha szerzőnek saját egyéni tapasztalatai (10 eset) az e nemű bántalmak ritkasága dacára talán nem is indokolnák a themának ily monographikus terjedelmű feldolgozását, tekintettel mégis arra, hogy Terillon örökbecsű munkájától és Kaufmann a húgycső sebész megbetegedéseit tárgyaló munkájának idevonatkozó részeitől eltekintve, önálló munka e tárgyról nem jelent meg, szerző e munka megírásával nemcsak banális értelemben véve hálás feladatra vállalkozott.

A rendkívül érdekes és tudományosan nagybecsű orosz orvosi irodalomnak bő felhasználása nemcsak a további kutatásoknak számunkra eddig alig hozzáférhető forrásait nyitotta meg, de azon betekintéssel, melyet az orosz secták borzalmas szokásaiba nyújt, a munkának az orvosi jelentőséget meghaladó ethnographikus értéket is kölcsönöz. Saját bonctani és szövettani vizsgálatai pedig, ha kissé az öltetszerűség jellegével bírnak is, és távolról sem mondhatók tökéleteseknek, mindvégig komoly törekvést árulnak el. A húgycsőnek sok tekintetben

még nem tisztázott élettani működését igen szépen és nagy objectivitással tárgyalja az első részben, a mely a húgycső szűrt és metszett sebei leírásával végződik.

A második részben a húgycső szakított sebeit, a húgycső (penis) leszakítását, a himessző és húgycső töréseit (fractura penis et urethrae), a húgycső belső szakított sebeit (átutak) tárgyalja. Tárgyalja pedig mindezeket az egész világ irodalmából hangyaszigorommal összegyűjtött kórtörténetek kapcsán, a tapasztalt sebész nyugodt, biztos ítéletével, mindvégig vonzó, helyenként idegenszerű népszerűsége mellett is könnyed stílusban, mely a felhalmozott rengeteg adathalmaz dacára az elolvasást ép oly élvezetessé teszi, a mint hogy nélkülözhetetlenné teszi e munkát mindenki számára, ki e tárggyal a jövőben foglalkozni szándékozik.

Ráskai Dezső dr.

Einhorn, Mendelsohn und Rosen: Die Prophylaxe in der inneren Medicin. Martius: Allgemeine Prophylaxe. München. Verlag von Seitz und Schauer.

Nobiling-Jankau szerkesztésében körülbelül egy év óta egy egészen új fajta gyűjtőmunka (Handbuch der Prophylaxe) egyes részei jelennek meg, mely gyűjtőmunka célja az, hogy úgy az egyéni, mint az általános, nyilvános prophylaxisra vonatkozó eddigi ismereteket a gyakorló orvos szükségleteihez mért feldolgozásban és terjedelemben juttassa az orvosi közönség elé. Ezen célból sikerült jónévi szerzőket összegyűjteni az egyes fejezetek kidolgozására. Ujabban a belgyógyászati és az általános prophylaxis tárgyaló füzetek láttak napvilágot. Az előbbi körülbelül 100 lapra terjed és benne Rosen a vér, az anyagcsere, a fertőző betegségek és tüdőbajok, Mendelsohn a szívbetegségek, Einhorn pedig az emésztőszervek prophylaxisát irták meg. Különösen kiemelendő a Mendelsohn által feldolgozott rész a szívbetegségek prophylaxisáról, melynek áttanulmányozását mindenkinek melegen ajánljuk. A belgyógyászati körébe tartozó további két nagy fejezet, az idegrendszer és a húgyszervek betegségeinek prophylaxisa külön füzetekben jelentek meg. Az általános prophylaxisról szóló kis füzet Martius tanár tollából nem szorul külön dicsőre: szerző neve elég biztosíték arra, hogy jót és újat is találunk munkájában.

Új könyvek. Leyden und Klempner: Die deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. 1—3. füzet. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — Möbius: Stachyologie. Weitere vermischte Aufsätze. Leipzig, J. A. Barth. — Wolff: Über die Wechselbeziehungen zwischen der Form und der Function der einzelnen Gebiete des Organismus. Leipzig, F. C. W. Vogel. — Lang: Lehrbuch der vergleichenden Anatomie der wirbellosen Thiere. 2. Auflage. II. Lieferung: Protozoa. Jena, Gustav Fischer. — Krönig: Die Therapie beim engen Becken. Leipzig, A. Georgi. — Finger: Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. 5. Auflage. Leipzig und Wien, F. Deuticke. — Rosenthal: Lehrbuch der allgemeinen Physiologie. Leipzig, A. Georgi. — Cornil et Ranvier: Manuel d'histologie pathologique. Tome I. Paris, Félix Alcan. — Vicente: Le paludisme à Paris. Tome II. Paris, Société d'éditions scientifiques. — Trélat: La salubrité. Paris, Flammarion. — Bertherand: Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants. Paris, Steinheil. — Bichat: Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. Paris, Steinheil. — Cadet: Les injections de cocaine dans l'arachnoïde lombaire. Paris, Steinheil. — Gires: L'instruction dentaire à l'étranger. Paris, Steinheil. — Lemanski: L'art pratique de formuler. Paris, Steinheil. — Rochet: Chirurgie du rein et de l'uretère. Paris, Steinheil. — Roux: Diagnostic et traitement des maladies nerveuses. Paris, Baillière et fils. — Fischer: Vademecum de thérapeutique chirurgicale des médecins praticiens. Paris, Boyer. — Triboulet et Mathieu: L'alcool et l'alcoolisme. Paris, Carré et Naud. — Barnay: Alcaloides usuels. Paris, Société d'éditions scientifiques. — Montenegro and Munro: Bubonic plague. London, Baillière, Tindall and Cox. — Kleen: Diabetes mellitus and glycosuria, its causes and practical treatment. London, Baillière, Tindall and Cox. — Lloyd Tuckey: Treatment by hypnotism and suggestion. London, Baillière, Tindall and Cox. — West: Granular kidney and physiological albuminuria. London, Glaisher. — Berkley: A treatise on mental diseases. London, Kimpton. — Gorham Bacon: A manual of otology. Second edition. London, Kimpton. — G. H. Fox: Photographic atlas of the diseases of the skin. London and Philadelphia, Lippincott. — J. Loeb: Comparative physiology of the brain and comparative psychology. London, Murray. — Monti-Eyre: The fundamental data of modern pathology. London, New Sydenham Society. — Lake: Laryngeal phthisis. London, Rebman. — Bruce: A topographical atlas of the spinal cord. London, Edinburgh and Oxford, Williams and Norgate. — Békésy Géza: Magyarország közegészségi viszonyai 1898—1899-ben. Három rajzolt statisztikai táblával, két statisztikai térképpel. Közigazgatási könyvtár. 1901. I—II. sz. Ára 2 kor. 40 fill. — A magyar kir. állatorvosi főiskola évkönyve 1899—1900. tanévről Budapest, 1900. — A Fehér-Kereszt országos lelenczház-egyesület XV. évi jelentése. Budapest 1901.

Lapszemle.

Belgyógyászati.

Az emberi gyomorban különböző táplálkozásnál fellépő sósav-elválasztásnak kísérleti vizsgálásánál használandó módszerekről ír Backman. Két kérdést vitat meg. Az első az: hogyan állapítsuk meg a kísérleti étkezés mennyiségét, hogy a különböző tápláló anyagok

egymással összehasonlíthatók legyenek. Szerző a mellett van, hogy nem aequivalens súlymennyiségeket kell venni, hanem az összehasonlítható tápszereknek aequivalens calóriáit.

A másik kérdés az: mely módszert alkalmazzuk a sósav-elválasztás vizsgálatánál. Haladásnak tekinti az abszolút mennyiség meghatározását az emésztés különböző phasisaiban.

A százalékos savmeghatározásnál nemcsak a maximalis érték határozandó meg, hanem a maximalis érték ideje is, a savgörbe lefutása és hossza, vagyis az emésztés tartama s végre a szabad sósav megjelenésének ideje. (Zeitschrift f. diät. u. physikal. Therapie. IV. 5.)

—nt.

Az extrabuccalis táplálás módjairól ír Ewald. Közleménye elején megjegyzi, hogy egyik módja sem alkalmas a rendes táplálkozást hosszabb időre pótolni és csak nagyon legyengült embereknek sikerül általuk az anyag- és erőforgalmat, ha csak egy időre is, egyensúlyban tartani. Mindazonáltal igen értékes methodusok olyan esetekben (gyomorfekély, hysteriás hányás, gastrektasia), mikor a gyomrot egy időre teljes nyugalomba akarjuk helyezni. Miután bebizonyított tény, hogy a végbélben tulajdonképeni emésztésről szó nem igen lehet, mert az ott lefolyó emésztés főtenyezője csak az oda került pankreas, nem pedig a végbél váladéka, Leube-Rosenthal ajánlatára a pankreashús-csőröket adták igen jó eredménnyel, mert csaknem az egész felszívódott. De a magángyakorlatban nehezen előállíthatók és azért a mesterséges pepton- és albumose-készítményekkel tettek próbákat, de kiderült, hogy ezek a végbélnyákhártyát izgatják és drágaságuk miatt sem alkalmasak. Azonban Eichhorst, Ewald és mások állatkísérletei alapján, melyekből kitűnt, hogy a nativ fehérje tojásemulsió alakjában, a tej caseinja pedig előleges peptonisatio nélkül is felszívódik (90—95%). Ewald leginkább ezt a módját ajánlja a tápláló csőröknek egy kevés kenyhasóval, mely a felszívódást nagy mértékben elősegíti. A szénhidrátok felszívódása, ha nem túl nagy mennyiségben és töményen vitetnek be, igen kielégítő módon történik (90—95%, Schönborn). 20—30%-os keményítő-oldatok is alkalmasak, mert a végbelet még a cukornál is kevésbé izgatják. Legkevesebb jók a zsírfelszívódás viszonyai, de lényegesen javíthatjuk őket, ha pankreasanyagot adunk a csőrébe, mikor a bevitt zsírnak 90%-a is felszívódásra kerülhet. Tapasztalatai alapján szerző a következő formulát ajánlja: két evőkanállal buzalisztet 150 gm. langyos vízzel vagy tejjel elkeverünk, ehhez két tojást és egy késhegynyi kenyhasót adunk, az egészhez pedig 100 cm³ 10—20%-os szőlőcukor-oldatot: analeptikus célból egy pohárnyi vörösbort is hozzákeverhetünk. E keverék tápértéke 450 caloriának felel meg, ha teljesen felszívódik. Magától értetődik, hogy e tápláló csőrök alkalmazása előtt tisztító vízbeöntést kell adnunk.

A mi a subcutan táplálási módokat illeti, azokra vonatkozólag Ewald nem nyilatkozik ily kedvezően. A fehérje- és pepton-oldatok nem sterilizálhatók eléggé és már toxikus hatásuk miatt sem jöhetnek tekintetbe, a szőlőcukor-oldatok befecskendései pedig igen fájdalmasak és könnyen lobos elhalásokat okoznak a szövetekben. A Leube által ajánlott olaj-infúsió sokféle előnye van, nagy kis mennyiségben nagy tápértékű (50 gm. olaj = 465 caloria) és Leube ki is mutatta, hogy az ily módon bevitt zsírt a szervezet felhasználja. De az eljárás hosszadalmas előkészületeket igényel, a felszívódás igen lassú és nem minden esetben tökéletes. Azonkívül, ha ily esetekben alkalmazzuk, mikor a gyomorba per vias naturales még híg táplálékot sem lehet bevinni, a szervezet vízszükségletét ily módon fedezni nem tudjuk. Tályogképződést, zsírembóliákat vagy az olajnak a vizeletben való megjelenését szerző e táplálási módnál nem észlelte. (Therapie der Gegenwart, 1900. október.)

Súványi Miklós dr.

Az oophorin befolyása a fehérje-anyagcsere emberenél. Thumim castrált nőknél végzett pontos anyagcsere-kísérleteket, abból a célból, hogy megállapítsa, vajon az oophorin, mely Richter és Löwy vizsgálatai szerint hasonló esetekben a zsírelégést nagyobb mértékben képes fokozni, hasonló hatással bír-e a fehérjenemű anyagokra, mely esetben hosszabb időn át való adagolása nem volna közönyös a szervezetre. Azonban úgy találta, hogy az oophorin a fehérjeszétést semmi tekintetben nem fokozza, és így mi sem áll útjában az oophorin további therapeutikus használatának, még az eddig használtaknál nagyobb adagban (pl. szerző 15 tablettát adott napjában) is. (Therapie der Gegenwart, 1900. október.)

Súványi Miklós dr.

Az instrumentalis rezgőmassageról ír Achert. Elektromotorral összekötött masszáló készüléket ír le, melylyel a beállítás szerint ütőgetést, tiszta rezgést és ütőgető rezgést lehet eszközölni.

Azután arról a physiologikus hatásról beszél, melyet a rezgő-massage a szövetekre gyakorol, s mely nemcsak a test felületére, hanem a mélyebben fekvő szervekre is vonatkozik. Az ő vizsgálatai főleg a szívre és edényekre gyakorolt hatást karolják fel. A szívre való hatást a szívizom rugalmassági és összehúzódási reakciójának, a passzív gymnasticának, a vagus végződésének mechanikus izgalomának (innen a pulzus bekövetkező gyérülése), az arteriák feszülés növekedésének, a légzés mélyebbé válásának, s nagyrészt a vérkeringés kedvező befolyásolásának tulajdonítja.

Jó eredményeket látott s ezért a rezgőmassaget ajánlja a következő megbetegedéseknél: Neurasthenia cordis, paroxysmalis tachycardia, fiatal egyének zsíros szíve, Basedow-kór, functionalis angina pectoris, valamint a pangás nélküli myocarditis könnyű esetei és a dilatatiók szív-izomgyöngéségénél.

Jó szolgálatot tesz azonkívül chloroform-narkosisban bekövetkező szívtüneteknél. (Zeitsch. f. diät. u. phys. Ther. IV. 5.)

—nt.

Sebészet.

Érdekes tetanus esetet ír le *Adrian C.*, a strassburgi klinika tanársegédje. Az illető egy erőteljes 30 éves férfibeteg, a ki a klinikára való felvétele előtt négy héttel mindinkább fokozódó baloldali nyakmerevség, majd három hét múlva fellépő ugyanazon oldali trismus és később mindkét alsó végtagján is jelentkező merevség tünetei között betegedett meg. Felvétele alkalmával nála a következő tüneteket észlelték:

A beteg sokat izzad, arczikefezése a tetanusra jellegző, a menyenyiben a homlok bőre hosszanti redőkbe vont, szemek kicsinyek, félig csukvák, mindkét szájzúg a num. depressores anguli oris összehúzódása által le van húzva, a mi az arcznak különös gúnyos vonást kölcsönöz. A bal m. cucullaris és bal fejbicezett izom tonikusan összehúzódott, minek folytán az állásúcs jobbra néz, az occiput pedig hátra és balra van húzva. A bal váll a jobbnál magasabban áll. Az izmok merevgörse csekély erőfeszítéssel legyőzhető. A két összehúzódott izom felső széle a nyak bőre alatt feszes köteg gyanánt jól kitapintható. A nyaki csigolyákon csekély baloldali, a hátiaikon kis fokú jobboldali scoliosis.

A száj nyitása megnehezített. Nemi erőfeszítéssel a száj annyira kitátható, hogy a hüvelykujjat be lehet dugni, ilyenkor a szájnnyílás aszimmetriás, a jobb szájzúg legömbölyített, míg a bal hegyes szögűnek mutatkozott. Baloldali masseter igen kemény, contrahált. A beteg rágásánál csak jobb állkapocs felét használja. Fájdalmatlan, megnagyobbodott könyökmirigy, ugyancsak fájdalomatlan mirigymegnagyobbodások mindkét hónaljárokban, számos hasonló mirigy a bal csuklyás izom felső széle előtt a scapulán. A járás merev, spastikus; a beteg lábujjait a földön maga után vonszolja. Erősen fokozott basfali, cremaster- és patellaris-reflexek. Lábelonus igen könnyen kiváltható. A hőmérsék normalis, érverés erősen lassúbbodott, percenként 48–50.

Mindezek folytán a bántalmat tetanus-nak kóriszték, a mit a betegség lefolyása is beigazolt. Ugyanis kezdetben, expectativ eljárás mellett az említett tünetek még fokozódtak, a midőn azonban a beteg három napon át naponként 50 cm³ Behring-féle tetanus-antitoxint kapott részint bürálattal, részint izomközötti befecskendezések alakjában a bal nyak- és melltáj izomzatába, a tünetek javulni kezdtek, míg végre az első befecskendezés utáni 17-dik napra a beteg, eltekintve a bal m. trapezius kis fokú állandó contracturájától s a változatlanul megmaradt mirigymegnagyobbodásoktól, gyógyulva hagyta el a klinikát.

Szerző ezen esetét az igen ritkán előforduló, úgynevezett *localis tetanus*-ok közé sorolja, midőn a tonus az infectio helyének környezetére szorítkozik. Jelen esetben az infectio helyét kideríteni nem volt lehetséges s az anamnesisben erre nézve semmi adat sem foglaltatott. Ép így nem lehetett a beteg testének több helyéről vett piszkos- és hámvakarákból a tetanus bacillusait kitenyészteni. Hasonlóképpen nem sikerült a beteg vérésvájával vagy vizeletével a később tetanustoxinnal beoltott állatokat immunizálni.

Az érdekes kórképbe nem illeszthető bele az universalis mirigymegnagyobbodás és az érlökés nagyfokú lassúbbodásának tünete. Az elsőt a szerző egy kevert fertőzés eredményének tartja, a másodiktól pedig felemlíti, hogy ezenkívül csak egyszer észleltetett tetanusnál, magyarázatát azonban nem adhatja. (Mittheilungen aus d. Grenzgebieten f. Medizin u. Chirurgie VI. 4., 5.)

Kernler Jenő dr.

A hólyagtuberculosis kór- és gyógytanáról tartott előadást *Casper*. 35 észlelt esetében a hólyagon kívül 14-szer a vese, hétszer a nemi szervek, ötször a tüdők voltak megbetegedve, két esetben izületi gümös lob, egy esetben lupus, három esetben általános gümösödés volt kimutatható, csak három esetben volt a hólyag egyedül beteg. Három esetben a gonorrhoea készítette elő a legnagyobb valószínűség szerint a gümösödésnek a talajt. Az elsődleges gőcz nem volt minden esetben kimutatható. A vese tuberculosissal kombinált 14 eset közül 11-ben a vesében volt az elsődleges gőcz kereshető, míg a többi három esetben a megbetegedés ascendáló volt. Az esetek mintegy 50%-ában a bac. tuberculosis ki volt mutatható. De e kórjelzés a bacterium-leletre való tekintet nélkül a kórlefozástól is megállapítható; a cystoskop igénybe vétele, amely a legtöbb esetben a hólyag esőkkent kitágíthatóságánál fogva amúgy is meg van nehezítve, nem is szükséges, mert csak ritkán ad jellemző képet. Megkülönböztető kórjelző jelentőséggel bír a szokásos gyógykezelésnek és első sorban az ezüst-készítményeknek eredménytelensége, a mennyiben a fájdalmak még fokozódnak is. Az általános zsongító kezelés mellett belsőleg kreosot-pillulákat, helybelileg tejsav (20%-ig) beecsepgtetéseket és sublimat-mosásokat (1:10,000–1:5000) alkalmaz. Ha gyógyulás csak ritkán következik is be, ez utóbbi szer a fájdalmakat majdnem minden esetben enyhíti. (Deutsche med. Woch. 1900. 41. és 42. szám.)

Ráskai Dezső dr.

Oesophagus-diverticulum operált esetéről számol be *Veiel*. Az 57 éves nőbeteg bárzsingjában, 18 cm.-nyire a fogsortól volt egy diverticulum. A műtetet az nehezítette, hogy előzetesen strumectomiát is kellett végezni. A beteg négy héttel a diverticulum eltávolítása után teljesen meggyógyult. Különös gondosságot ajánl a szerző az utókezelésnél, a mennyiben az étel inficiálhat, a sondán keresztül való etetés pedig a sonda bevezetése miatt izgatja a sebet. Ezért jó a beteget az első 4–5 napon át csak klymákkal, azután folyékony, majd pépes ételekkel táplálni s csak azután engedi meg a rendes étkezést, miután a seb teljesen begyógyult. (Beitr. zur klin. Chirurg. 27. kötet, 3. füzet.)

Az enteroptosis sebészeti kezeléséről. *Bier* felbátorodva a vándorvesék odavarrásával elért eredményektől, más zsigereknél is megkísérelte az eljárást. Így négy ízben a gyomrot emelte fel olyan-

formán, hogy a lig. gastro-hepaticumot két haránt redőbe fogva, 3–4 fonállal összehúzta. Két esetben a négy közül a gyomor serosáját is odaöltötte két öltéssel a bal májleány szélének tokjához. Hasonlóan operált *Bier* egy colonoptosist is. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 56. kötet, 3. és 4. füzet.)

Húgyszervi betegségek.

A heveny gonorrhoea kezelésében gyenge, meleg légenysavas ezüst-oldattal való öblítéssel ért el igen jó eredményeket *Menachem Hoilara* (Konstantinápoly). Az eljárás a következő: Az urethra anterior és posterior Janet-féle irrigator segítségével naponta lehetőleg forró Ag NO₃-oldattal (eleinte 1:4000, majd 1:3000, végre 1:2000) öblíti (minden ülésben 1/2 litert használva fel). Eseteinek legnagyobb részében a heveny gonorrhoeának 2–4 hét alatti meggyógyulását érte el, mindenemű complicatio távoltartásával. Eljárása még azon esetekben is eredményre vezetett, a midőn a betegek heveny, igen fájdalmas és nagy mellékherelobbal jelentkezték rendelésén. A gyógykezelést itt is rögtön az első napon megkezdte; a gonorrhoea gyógyulása mellett a complicatio helybeli kezelésre gyorsan gyógyult. (Monatshefte f. prakt. Derm. 1900. 31. köt.)

Ráskai Dezső dr.

A penis plastikus induratioiról ír *Sachs Ottó* négy eset kapcsán, a melyeket Neisser boroszlói klinikáján észlelt. Ezen induratiókra jellemző fejlődésük a penis háti oldalán közel a symphysishez. Az induratio borsó egész babnyi mekkoraságú csomót képez, mely lassanként mindhárom irányba, legkevésbé a mélybe növekszik és így idővel lemezalakot ölt, mely látszólag a corpus cavernosum és bőr között ül, növekedése csak igen ritkán gyűrűalakú, a penis egész kerületére terjedő. Ezen affectio fejlődése, a melyet ezelőtt idült körülírt lobnak tartottak, igen lassú és teljesen fájdalomatlan. Consistentiája porckemény. Ezen lemezszerű keményedések közbeiktatása folytán a működési zavaroknak egész sora lép fel, melyek egyrészt a himessző elégtelen merevedéseiben, másrészt az erigált penis alakváltozásaiban nyilvánulnak. Ezen állapotot, mely magyarázatát a penis háti edényeinek zavart keringési viszonyaiból meríti, egyes szerzők mint *strabismus penis* írták le. A hiányos és nem teljes merevedés és a keményedésnek minden nyomással szemben nyilvánuló nagy érzékenysége a coitust gátló okot képezhet. Kórszövettani vizsgálatok hiányzanak, az aetologia nagyon homályos (diabetes, köszvény?). A differentialis diagnózis (periurethralis beszűkület, nyírkedénylob, leukaemiás tumor, syphilitikus infectio, újképlet) könnyű. Úgy az általános, mint a helyi kezelés kevés eredményt mutat. (Wien. klin. Woch. 1901. 5. szám.)

Ráskai Dezső dr.

Veseneurosis következtében fennálló phosphaturia. *Gonzalez Tanago* kifogásolja azt a felfogást, a melynek sokan a phosphaturiairól kifejezést adnak, azt tételezve fel, hogy az ily kórfolyamatoknál a vizeletben a phosphatok mennyisége feltétlenül szaporodott. Szerző szerint ezen kórfolyamatnál a phosphatok mennyisége a vizelet kiürülése pillanatában nem kell hogy szaporodott legyen, hanem oly esetekben is, midőn a vizelet savtartalma esökken, a phosphatok kiesapódván, ezek a kiürülő vizelet megtekintésénél szembeszökővé válnak.

Három phosphaturia eset tanulmányozása kapcsán azt tapasztalta, hogy a húgy-ivarszervek valamely pontján fennálló anatómiai elváltozás reflectorikus úton olyként befolyásolhatja a vese működését, hogy az ily vese elválasztási productuma phosphaturia alakjában jelentkezik, a nélkül, hogy magában a vese szövetében bármely anatómiai abnormitás volna jelen. Megállapítani azt a kóros elváltozást, a mely reflectorikus úton phosphaturiát okoz, nagyon nehéz. A megfigyelt három esetben urethritis chronicát mutatott ki s egyik esetben húgyesőszűkületet is, mint a phosphaturiát kiváltó momentumot. Helyi kezelésre valamennyi eset gyógyult.

Szerző a phosphaturia diagnózisának felállításánál különös gondot fordít a vizelet vegyi és mikroskopi vizsgálatára, mert a vizelet zavarossága sok más által is okoztathatik. Phosphatok ezetsavra oldódnak, a vizelet feltisztul; a hasonló eljárás mellett mutakozó nagy gázképződés carbonatokra enged következtetni, s végül, ha erős csapadék képződik, a mikroskóp dönti el, vajjon cystitis vagy pyelitis esete forog-e fenn. Phosphaturia vizeletnek nincs szaga, nincs benne nyeny, csak pelyhek az edény fenekén. Hevítésre növekszik a zavarodás, ellenében az uratok viselkedésével. Spermatorrhoea mictionisnál epithel-sejtek és spermatozoák, tisztán phosphaturiánál phosphat-jegeczek jellemzik a mikroskopi képet. Gyógyulást csakis az urogenitalis affectio helyi kezelése által sikerült elérnie, 0.1–0.05% lapis-oldattal való öblítéssel, instillatiókkal, illetőleg tágitással. Urotropint, daczára a mások által elért jó eredményeknek, nem rendel, mert e szer ily irányú hatása tekintetében nincsen elegendő tapasztalata. (Monatsber. üb. d. Gesammtl. auf d. Geb. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Appar. 1900.)

Balassa Tivadár dr.

Bőrkórtan.

Peruolról mint új antiscabieticumról értekezett *Juliusberg*. A peranol benzoesavbenzylester s 25%-ban ricinus-olajjal keverve kerül a forgalomba. A beteg két napon át 3–4-szer kení magát a szerrel s 3–4 nap múlva szappanos fürdőt vesz. Semmi toxicitást *Juliusberg* nem észlelt, nem izgatja a bőrt, szagtalan, a fehérműt nem piszkítja, s az elősdiit biztosan öli. (Német orvosok és természetvizsgálók 72-dik gyűlése Aachenben. 1900. szeptember 20.)

Póór F. dr.

Lupus erythematosus 6 esetében *Bisserié* a Brocq-féle klinikán (Páris) az Oudin által ajánlott magas feszültségű áramot alkalmazta jó eredménnyel, sőt egyes esetekben 18–22 ülés után teljes gyógyulást ért el. (Soc. méd. 1898. május 2-diki ülés. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. 53. kötet.)

Póór F. dr.

A herpes zooster aetiologiájához szól Kolbe. 35 éves nőbetege egy kiállott laparotomia után három napra a jobb alsó lumbalis idegeknek megfelelő herpes zoostert kapott, mely eltekintve az egyes hólyagokban fellépett haemorrhagiáktól teljesen normalis lefolyású volt. Kolbe a herpes zooster kórokat az operatio folytán előállított laesiokban keresi. A betegnél ugyanis a méh savós hártájára adhaerens volt a hátulsó hasfalhoz, s összenövészek voltak jelen, főleg a jobboldali alsó lumbalis esigolyák táján. Az összenövészek sebészi elválasztása alkalmával az edények szakítása kisebbfokú vérzést, ez pedig a hátulsó hasfalon kisfokú lobos izgatottságot idézhetett elő Kolbe szerint, a mely irritatio az épen azon a tájon eredő lágyékidégekre is átterjedt, minek következményeként az illető idegek irritatioja a herpes zooster fellépését eredményezte. (Ref. Archiv f. Derm. u. Syph. LXXX. k.) Poór F. dr.

Erysipelásnál az ichthyol kitűnő hatását dicséri Allan. Az ichthyol 50%-os vizes oldatát alkalmazza úgy, hogy az orr környékén rendszeresen jelenlévő s általa a fertőzés behatolási helyének tekintett exorioritokat és fissurákat azzal szorgosan befödi, míg a bőr többi megbetegedett részére 25%-os ichthyol-collodiumot tesz. Az esetek többségében már 24 óra múlva megszűnik a betegség terjedése s 2-3 nap múlva a betegnek legnagyobb része elhagyhatja a kórházat. (The Medical News. Vol. LXXIV. 1899. 14. sz.) (Az ichthyol alkalmazásától mi is kitűnő eredményt láttunk az egyetemi bőrkórtani klinikán, habár ily rapid gyógyulást nem észleltünk.) Poór F. dr.

A trichophytiás capitis kezeléséről értekezik A. Jamieson s mint fő principiumokat ajánlja: az egész hajzatos fejbőr rendszeres borotválását s kétszer napjában szappannal, meleg vízzel jól megmosását. Mint gyógyszer Jamieson a következő kenőcsöt ajánlja a fej bedörzsölésére: Sulf. praecipit. 1.0, Acid salicyl. Naphthol. Hydrag. ammoniat. aa 10.0, Lanolini (seu vasogen) qu. s. E kenőcsben a kén, higany és naphthol képviselik azon szereket, melyek a trichophytonra elpusztítólag hatnak, míg a salicylsav a megbetegedett hajak eltávolítására alkalmas. A naphthol Jamieson néha a thymollal helyettesíti. Kiemeli, hogy a trichophytiás gyógyításánál első sorban oly substantiákkal kell mintegy átitatnunk a fejbőrt, melyek képesek a betegség gombáinak elpusztítására. (Edinb. med. Journ. 1900. junius.) Poór F. dr.

A bőr aktinomykosisáról ír Lieblein, melyet a következőképen osztályoz: I. Elsődleges bőraktinomykosis, melyhez azon esetek tartoznak, melyeknél az infectio bizonyíthatólag a külbőr felől történt, s azok, melyeknél per exclusionem következtethetünk a külbőr felől való infectiora (kryptogenetikus alak). II. Másodlagos bőraktinomykosis, melyhez azon alakok tartoznak, melyeknél a fertőzőes folyamat a mélyből tör elő a felszín felé. Az elsődleges aktinomykosisa a bőrnek ritka (eddig 23 eset van közölve). A bőr aktinomykosisa a legkülönbözőbb klinikai alakokban fordulhat elő. Lieblein kiemeli, hogy gyakran oly merev, kemény infiltratio fordul elő, a milyen a tuberculosishoz vagy luesnél soha sem található. Radikális exstirpatio mellett a prognosis jó. (Beiträge zur klin. Chir. XXVII. k. 1900.) Poór F. dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Tüdővész néhány esetét ismerteti Sellirk Jones, melyekben duotal használatára nagyon jó eredménnyel járt. A duotal használatát úgy kezdődő, mint előrehaladt phthisis-esetekben melegen ajánlja. (Medical times and hospital gazette, 1900. decz. 22.)

A praemenstrualis krízisek kezelésére Lutand meleg klysmákat ajánl, melyekben 2 gramm chloral és 2 gramm bromnatrium van feloldva. Fiatal leányoknál elegendő ezen adag fele, míg felnőtteknél esetleg két klyma is adható. Következő összetételű suppositoriumok szintén jó eredménnyel használhatók: Rp. Extr. opii 0.02; Extr. belladonnae 0.005; Butyri cacao qu. s. ut fiat suppositorium. 2 óránként egyet a javulás beálltáig. (Ref. Wiener medicinische Presse, 1901. 6. szám.)

A chlorosis gyógyítására használatban levő „anticloros“ nevű szer összetétele a következő: Ferrum sulfuricum, natrium carbonicum, chininum sulfuricum, extractum nucis vomicae aa 0.05, acidum arsenicosum 0.002 minden egyes labdaesban. Naponként két labdaes veendő be. (Ref. Wiener medic. Presse, 1901. 4. szám.)

Az orexintannat használatáról a gyermekgyógyászatban ír Prüssian. 30 poliklinikai betegnél használta az orexintannatot; a betegek életkora 22 hónap és 14 év között változott. A betegek részben csak étvágytalanságban szenvedtek, részben egyéb bajokban és az emésztő szervek betegségeinek és heveny lázas bántalmaknak kizárásával. Orexinum tannicum adagolására az étvágy 23 esetben (77%) javult, karöltve a testsúly gyarapodásával, a mi nagyon jó eredmény, ha tekintetbe vesszük, hogy a betegek a szegény néposztályhoz tartozók voltak és — a mint említve volt — poliklinikailag kezeltettek, tehát nem voltak ellenőrizhetők a czélszerű táplálkozás szempontjából, de még az orexintannat kellő használatát tekintetében sem. Az adag 1/4—1/2 gramm volt 1 1/2—2 órával az ebéd előtt, még pedig kisebb gyermekeknek tablettá, nagyobbaknál por alakjában. (Zeitschrift für praktische Aertze, 1900. 16. sz.)

Heveny pneumoniák gyógyítása fluoroformmal. Stepp részint catarrhalis, részint croupus pneumonia 53 esetét közli, valamennyi eset légzőrészének mellékelésével, melyekben aqua fluoroformii-t használt. Az eredmények a következő pontokban foglalhatók össze: a fluoroform az esetek túlnyomó többségében esőként a hőmérséklet, a megbetegedés tartama rövidebb lesz és feltűnő euphoria jelentkezik. Az adagolás módja a következő: 1—2 éves gyermekeknek óránként kávéskanálnyi, nagyobb gyermekeknek óránként gyermekkanálnyi, felnőtteknek óránként evőkanálnyi, súlyos esetekben két evőkanálnyi mennyiség adandó. (Hof-

rath Dr. Stepp: Die Behandlung der acuten Pneumonie mit Fluoroform. Leipzig, Verlag von G. Thieme, 1901.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 7. szám. Stein Fülöp: Elmegyógyintézeti fürdők. Felletár Emil: Tej által okozott mérgezés. Medvei Béla: A gyakorló orvos mint házi orvos.

Orvosok lapja, 1901. 7. szám. Ónodi Adolf: A szaglásihiány (anosmia) kórtanáról. Kórodi Simon: Nervocidin, egy új fogidegölő szer. Weisz Ede: Casuistikus közlemények a pöstyéni munkáskórházról az 1900. évi idényben. Szabó Sándor: A prostitutio mint társadalmi kérdés.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 7. szám. Pick: A térdizület muló befolyásolása cerebialis affectiók által. Urbantschitsch: Egyes szédülésalakok mechanikai kezelése. Werner: A jodipin mint többszörös diagnostikai szer.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 7. szám. Hueppe: A betegségekokről a természettudományi orvostan szempontjából. Rywosch: Tejszerűen zavaros, zsírt nem tartalmazó serum. Schoenfeld: Az idült gonorrhoea viszonya az impotentiához. Mayer: A conjunctivazsákból kiinduló fertőzés.

Wiener medicinische Presse, 1901. 7. szám. Roth: Az influenzánál észlelhető arc- és fejfájások. Czychlarz: Sajátságos tünetek között lefolyt gerinczagy-sérülések esete. Schmitzler: Intraabdominalis genyedés néhány alakja és kezelése.

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 1. szám. Jaksch: Sokszoros periostalis affectio és myelogen leukaemiára emlékeztető vérelet. Hering: A szív myoerethikus rendetlenségei. Bayer: Heveny hasürbéli savgyülem mint a belső bélzáródás jele. 2. szám. Knapp: Puerperalis fertőzési bajok és kezelése. Jaksch, Hering közléseinek vége. 3. szám. Hoke: A streptotrichosis pulmonum casuistikájához. Schnée: Kísérletek a villamos négysejtű fürdővel. Knapp közléseinek folytatása. 4. szám. Piering: A massage női betegségeknél. Knapp, Schnée közléseinek folytatása.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 7. szám. Gärtner: A városi csatornavíz eltávolítása. Wassermann és Schütze: Új forensikus módszer az ember- és állatvér megkülönböztetésére. Schlesinger: Csecsemők táplálása teljes tejjel. Schwarzwaller: Abortálás mérgekkel. Oppenheim: Megjegyzések Mann cikkéhez: „Hysteriás sensorius aphasia esete“.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 7. szám. Menzer: A heveny izületi csúsz aetiologiája. Dietsch: Adat a szénaláz aetiologiájához. Sudeck: Operálás az első aethermámorban. Sarfert: A tüdővész műtéti kezelése. Oppenheimer: A fehérje bomlása főzéskor. Rothschild: A hegképződés okozta hólyagzsugorodás kór- és gyógytana. Rohden: Dermosapol-készítmények; a tuberculosishoz és scrophulos dermatikus terapiája. Oertel: A chloroform okozta hányás megakadályozása.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 7. szám. Neugebauer: A gyermek fejének vagy egyes fejesontjainak nehéz eltávolítása a méhből decapitatio vagy a fej leszakadása után, 70 észlelet alapján. Füh: A hasüreg drainezése.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 6. szám. Lauenstein: A térdizület belső lágyrészsérüléseinek megítélése és a vér eredete haemarthrosis genu-nál. Popper: Új eljárás a térdkalészterések kezelésénél. Bruns: A térdizület arthrogen contracturáinak kezelése és megelőzése.

Virchow's Archiv, 163. kötet, 1. füzet. Arnold: Zsírsejcesejtek; további adat a granulata-tanhoz. Erbslöh: Osteoplastikus carcinoma 5 esete. Ricker: A kötőszöveti rostok elfolyósodása. Mühlmann: Néhány emberi szerv súlya. Coenen: A házinyulak aleuronat-pleuritise; adat a leucocytták ismeretéhez exsudatumokban. Woskresensky: Uterus cysticus. De-Meser: Lycopodium-spórák előfordulása bőrök belsejében. Konstantinowitsch: A kísérletes granulomák kérdéséhez. Lehmann-Nitsche: A felső arczfél veleszületett median hasadásának ritka esete. Kobler: A májtályogok aetiologiája. Henke: Endocarditis pneumococcica. Schmidt: Haemosiderin és melanin. Walsem: Új eljárás a koponyafür megnyitására kórbonczatani és sebészi czélból. Beneke: Anaplasia. Löwe: Az orrüreg és szomszédos részei kórbonczatani feltárásának új módja.

La semaine médicale, 1901. 7. szám. Jaquet: Az inorganikus vas assimilatioja és szerepe a chlorosis gyógyításában.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 7. szám. Hauchamps: A kizárólagos mesterséges táplálás hátrányai. Lecomte: Két év Páris és Amerika fogászati iskoláiban.

Progrès médical, 1901. 6. szám. Guépin: Acut prostatitis rohamok az aggkori prostata-hypertrophia lefolyásában. 7. szám. Pechin: Traumatikus opticus-atrophia.

British medical journal, 1901. február 16. P. M. Chapman: A szív-indexköz insufficientia aortaenél. W. Collier: A nagymérvű izom-megerőltetés hatása fiataloknál. R. Percy Smith: Általános paralysis és veleszületett syphilis. Ch. A. Davies: Szél és phthisis. P. Blaikie Smith: Thyreoidia-kivonat mint gyógyszer. Th. Barr és A. H. Nicoll: Cerebellaris tályog sikerrel műtett esete. D. A. Mc Curdie: Trepanálás intracranialis genyedésnél. J. S. Clayton: Arsenes hydrogen okozta mérgezés tíz esete. F. W. Smith: A harrogate-i kénés vízekből elektrolysis útján nyert kén gyógyító hatása. W. J. Collins: Amputatio-mortalitás a „London temperance hospital“-ben. A. Van Someren: Az aorta abdominalis aneurysmája. Joshua Pim: A Kernig-féle tünet kapcsolatban egy feltűnő és szokatlan tünettől.

The lancet, 1901. I. 7. szám. M. C. Macnamara: Craniologia. Bland-Sutton: A daganatképződéssel szövődött terhesség és szülés sebészete. E. Klein: A pestises vér agglutináló hatása. G. E. Wherry: Miért egyforma hosszú a két lábszár? J. Fawcett és W. C. Pakes: Subacut malleus esete. Hugh Thursfield: Meningitis basilaris posterior. Soltan Fenwick: A gyomor elsődleges sarcomája. E. H. Ellison: Idegen test a hasban. Hugh Howie Borland: Cephalhaematoma esete. H. D. Rolleston: A Vater-féle ampulla elsődleges carcinomája. A. C. Jordan: Formalinos glicerín használata. A. Wilson: Anyai benyomások befolyása a magzatra. Harry Campbell: Gyógyászati reflexiók. Harold Coates: Typhus kitörése Manchesterben. Ganjee: Cystinuria esete köképződéssel. H. Mackay: Gyomorfekély-átfúródás műtét és gyógyult esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Figyelmeztetés és kérelem a m. orvosi könyvkiadó társulat tagjaihoz. A m. orvosi könyvkiadó társulat az 1900. év elejétől az évi könyvilletményen kívül a Magyar Orvosi Archivum két havonként megjelenő füzetét is megküldeti a társulat valamennyi tagjának és pedig a rendes tagdíj fejében, azaz minden felülfizetés nélkül. Így történt ez a múlt 1900-dik évben is, de azon megszorítással, hogy a nevezett archivum füzetét csak azon tagoknak küldettük meg, kik a tagdíjat tényleg befizették.

Miután azonban a társulati tagok egy része a könyvilletményt utánvétel mellett szokta kézhez venni és számos tag csak az 1901. év folytán lépett be, az 1900. év végével száznál többre rúgott azon tagok száma, kik az 1900. évi tagdíjjal hátralékosok voltak.

Ebből kifolyólag az utóbbiakat felkértük körözvény által a hátralékos tagdíj beküldésére és 1900. december végén körözvényt intéztünk a társulat valamennyi fővárosi és vidéki tagjához (számszerint 790 taghoz), melyben azokat felkértük, hogy az 1901. évi tagdíjat okvetlenül a folyó év január havában beküldeni szíveskedjenek, miután ez a M. Orvosi Archivumra előfizetést is képez s annak február 15-dikén megjelenő első füzeté csakis a tagdíj befizetésére fog megküldetni. Mindkét körözvényhez a tagdíj beküldésére szolgáló postaltalvány is volt mellékelve.

Ezen kérelmet azonban a t. tagoknak csak egy része (még nem is fele) teljesítette, úgy hogy kényszerítve vagyunk a társulat hátralékos tagjait még egy ízben sürgősen az 1901-dik évi tagdíj beküldésére felkérni.

Együttal tisztelt tagjaink tudomására kell hoznunk, hogy az 1900. évi könyvilletmény harmadik műve: a tejeledásztársról és szoptatásról, az igazgató tanács sajnálatára hatáskörön kívül eső akadályok folytán csakis március hó második felében készülhet el, midőn is azonnal szétküldetni fog. Ez reméljük az utolsó terminus, melynek betartásáig a tisztelt tagok türelmét kikérjük.

Budapest 1901. február 20.

Koller Gyula dr., főtítkár.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 6. hetében (1901. február 3-dikától február 9-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 725,013, katona 16,000, összesen 741,013. Elveszültek 455 gyermek, elhalt 315 egyén, a születések tehát 140-el multak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 31.9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22.1, az egy éven felüli lakosságnál: 18.2, az öt éven felüli lakosságnál: 16.5. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 1, morbilli 3, scarlatina 6, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 5, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 20, apoplexia 5, eclampsia 11, szervi szívhibák 16, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 44, tuberculosus pulmonum et phthisis 54, diarrhoea et enteritis 12, gastro-enteritis —, rák és egyéb újkeletűek 4, ezek közül méhrák 3, morbus Brightii et nephritis 8, rachitis 3, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, atrophia et inanitis 3, marasmus senilis 10, erőszakos haláleset 9, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 6, baleset 2, kétséges 0 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3066 beteg, szaporodás e héten 955, csökkenés 955, maradt e hét végén 3066 beteg. B) Hevenyragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1901. évi február 5-étől február 11-éig terjedő 6. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a multi heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 62 (47), diphtheria, croup 20 (13), hagymáz (typhus) 5 (3), kanyaró (morbilli) 134 (120), trachoma 6 (7), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 29 (23), orvász (erysipelas) 19 (21), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (2), ezenfelül varicella 20 (46).

△ A budapesti orvostanhallgatók segélyező és önképző egyesületében öröndetes mozgalom indult meg, mely azt tűzte feladatául, hogy az egyesület önképző működését az eddigénél nagyobb lendületbe hozza. E célból az egyesület az önképzés vezetésére egy külön, 18 tagból álló alosztályt szervezett, mely kizárólag az önképzés ügyeivel fog foglalkozni. Az „Önképző Alosztály” elnöke egyúttal alelnöke lesz a főegyesületnek. Az új alosztály három úton öhajítja céljait elérni: 1. Felolvasó és vitaüléseket rendez. (Szaktanárok jelenlétében.) 2. Pályázatokat ír ki. 3. Lapot indít meg és tart fenn. (Jövő tanévben indul meg az I. évf.) Az „Önképző Alosztály” választmánya következőleg alakult meg. Elnök lett Lichtenberg Sándor IV. oh. Titkár Dalmady Zoltán IV. oh. Főjegyző Kanitz Henrik IV. oh. Főszerkesztő Engel Károly IV. oh. Segedszerkesztő Nagy László IV. oh. Jegyzők Kőrösi Kornél III. és Szili Aurél III.

oh. Az egyes szakok vita-intézőivé megválasztottak: Bihari Jenő V. (boncztan), Breitner Gyula IV. (belgyógyászat), Dobosi Márton III. (élettan), Fáy Kiss József V. (egészségtan), Fleischer János IV. (szülészet), Frimm Arthur V. (szemészet), Genersich Margit IV. (körboncztan), Herzog Ferencz IV. (sebészet), Steiner Pál IV. (ideggyógyászat), Szili Jenő V. (törvényszéki orvostan), Vidakovich Kamil III. (gyógyászat). Az alosztály már megkezdte működését. Az első felolvasást f. hó 23-dikán tartják a II. sz. belgyógyászati klinika tantermében, a hol Fleischer János IV. oh. értekezik néhány praeparatum kapcsán a kettős ureterről.

△ A magyar tisztviselők betegsegítő egyesülete igazgatóságának rendkívüli közgyűlése megválasztotta orvosait: az I. kerületben Nothhaft Antalt, a II.-ban és III.-ban Steiner Károlyt, a IV.-ben Doctor Károlyt, az V.-ben Róza Imrét, a VI.-ban Schrank Simont, a VII.-ben Thomka Istvánt, a VIII.-ban Hudacsek Istvánt, a IX.-ben Dillenberger Emilt, a X.-ben Rónai Károlyt.

□ Adakozás a Semmelweis-émlékre: Davida Miklós dr. Budapest 10 korona.

× A téli kúra a badeni hőforrásoknál Bécs mellett e télen is úgy mint az előbbi években be van rendezve. A fürdőkúra Antonsbad, Herzogenbad, Theresienbad (külön fürdők) medenczéiben vehető, melyeket 34-8° C. hőmérsékű meleg források látnak el és a mely fürdőket a téli kúrára berendezett városi „Herczegudvar”-ral (45 szoba) fűtött corridorok kötik össze. Bővebben le van írva ez a következő füzetében: „Der Curort Baden bei Wien in Wort und Bild. Wien. Deuticke, 1900”, melyet a fürdőigazgatóság ingyen bocsát az orvosok rendelkezésére.

⊕ A bécsi egyetem orvosi karának látogatottsága az utolsó három semesterben a következő volt: 1898/99. tanév II. felében volt 1104 rendes, 151 rendkívüli, 343 frequentans és 3 hospitans hallgató; az 1899/900. tanév I. felében 1270 rendes, 160 rendkívüli, 601 frequentans és 17 hospitans hallgató; az 1899/900. tanév II. felében 1133 rendes, 90 rendkívüli, 297 frequentans és 19 hospitans hallgató. Magyarországi illetőségű volt ezek közül 1898/99. tanév II. felében 82 rendes, 25 rendkívüli, 19 frequentans hallgató; az 1899/900. tanév I. felében 92 rendes, 18 rendkívüli, 38 frequentans; az 1899/900. tanév II. felében 85 rendes, 15 rendkívüli, 13 frequentans hallgató.

— A „Budapesti kir. orvosegyesület” stomatologikus szakosztálya február hó 6-dikán tartott ülésén elnöknek Hattgasy Lajos dr.-t, helyettes elnöknek Sándor Samu dr.-t, jegyzőnek Szabó József dr.-t, jegyzőhelyettesnek Göllner Aladár dr.-t választotta meg.

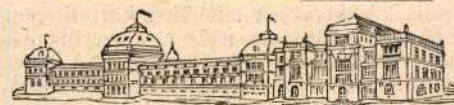
— A német sebésztársaság 30. congressusát április 10-dikétől 13-dikáig tartja Berlinben.

— Kinevezés. Nádory Béla dr.-t a főpolgármester a Rókus-kórházhoz alorvossá, Székely Zsigmond dr.-t pedig ugyanoda segédorvossá nevezte ki.

× Hőgyes tanár Pasteur-intézetében 1901. január havában 222 veszett vagy veszettségre gyanús állatmarta egyén (198 magyarországi, 15 horvát és szláv, 3 boszniai és hercegovinai, 1 galicziai és 5 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 216 egyént kutya, 4-et macska, 1-et sertés és egyet ember inficiált. Haláleset nem fordult elő. Évi folyó szám: 222; egyetemes folyó szám: 14,676.

† Elhunyt. Turchányi István dr. honvéd-főtörzsorvos Székesfehérvárt, 53 éves korában. Kovács Antal dr. Cegléden. Grósz Lipót dr., nyug. ministeri tanácsos, a belügyministeriumi egészségügyi osztály volt vezetője, Budapestben 74 éves korában.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” (Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére.) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapest.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedenczeiben az ásványvíz naponta kétszer megújul, **lokalis iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitűnő szállóház. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: Budapest, V., Zoltán-utca 10.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1901. február 18-dikán.) 132. lap. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (V. rendes ülés 1901. február 16-dikán.) 132. lap. — Közkórházi orvostársulat. (II. bemutató szakülés 1901. január hó 30-dikán.) 134. lap. — (III. bemutató szakülés 1901. február hó 6-dikán.) 314. lap. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 135. lap.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1901. február 18-dikán.)

Elnök: Than Károly. Titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű előadásokat tartott Ónodi Adolf I. tag:

1. A szaglászhiány (anosmia) kórtanáról. Mint ismeretes, a szagló területen a nyálkahártya körzeti idegsejtjei a velőtlen szaglósívek által a bulbus olfactorius és ez utóbbi a tractus olfactorius által a nagy agygyal állanak összefüggésben. A tractus olfactorius oldalsó gyökere a gyrus uncinatusban végződik, egyes rostok a halántéklebenyben haladnak; a tractus olfactorius belső gyökere a gyrus fornicatusban végződik, a rostok egy része a mellő eresztékhez húzódik, innen a rostok nagyobb része a lencse mag alsó részén a putamen és globus pallidus között a halántéklebenyben vész el, a rostok kisebb része a belső tok táján halad és a látótelepben végződik. Az eresztékrostok keresztezett pályákat is tartalmaznak. A központi terület a kéregben a gyrus hippocampi, gyrus uncinatus és a gyrus fornicatus mellő vége. A szaglókörpontok associatio pályák által a trigeminus és glossopharyngeus kéregközpontjaival összefüggnek.

A bonczani és szövettani vizsgálatok eredményeit sajnos nagyon kevés klinikai és kórbonczani tény erősíti meg. A legtöbb klinikai észlelet és kórbonczani lelet a mellő koponyárokra vonatkozik, a bulbus és tractus olfactorius sérüléseire és kórtani elváltozásaira. Feltűnő kevés, elszórt kórbonczani leletet találunk, melyek fennállott anosmiánál a nagy agyban és a kéregben változásokat constatáltak. Azon kevés kórbonczani tény is, sajnos, nem izolált kis góczokra vonatkozik, melyek határozottan az agyvelőben egy szaglókörpontra engednének következtetni. Cerebralis tabesnél végzett vizsgálatok a bulbus olfactorius gyökereinek és a szaglósíveknek atrophiját, továbbá rostkiesést mutattak a bonczani és szövettani megjelölt szagló központokban. A kis és nagy agy daganatainál hasonlóképpen a szaglósívek atrophijája észleltetett és mint másodlagos elváltozások részeit a fokozott koponyafüri nyomás, részint a lágy agyburkok idült gyuladása következményeinek tekintették. Paralysis progressiva eseteiben a gyrus uncinatus és a gyrus hippocampi-ban rostkiesések lettek constatálva.

Igy Schaffer és Frey a tractus olfactorius atrophiját és nagy rostkiesést találtak a gyrus uncinatusban és az Ammon-szarvban. Kakosmia egy esetében a jobb gyrus hippocampiban daganat találtatott. A gyrus uncinatus és gyrus fornicatus daganatainál szaglási hallucinációk észleltettek. Anosmia észleltetett a halántéklebeny sérüléseinél, emboliáknál és vérömlenyeknél. Aphasia és jobboldali hemiplegia egy esetben keresztezett anosmia lett észlelve. A szaglósívek központjaira és rostlefutására vonatkozó ismereteink kórbonczani részről eddig nagyon csekély részben találtak kiegészítést. Azon csekély számú tények azonban az összehasonlító bonczani eredményekkel összhangzásba hozhatók és megengedik azon valószínű következtetést, hogy embernél a szagló központ a gyrus hippocampiban és gyrus uncinatusban keresendő. A klinikai tapasztalatok mutatják, hogy sérülések a felemlített rostlefutás területében a szaglósívek zavarait és elvesztését idézhetik elő, a szaglósívek részletes keresztezése a nagy agyban létezik és hogy az associatio a szaglókörpontok és a corticalis trigeminus terület között sincsen kizárva.

Az anosmia eseteit három csoportba osztjuk: 1. essentialis vagy valódi anosmia, mely a szaglósívek megbetegedett részeinek megfelelően lehet központi és körzeti; 2. mechanikus vagy respiratorikus anosmia; 3. functionalis anosmia.

A körzeti valódi anosmia kórtanában találjuk a körzeti szaglósívek különböző okból támadt gyuladását, mely egy neuritis olfactoriához vezet, vagy a szaglósívek atrophikus folyamatát. A körzeti szaglósívek gyuladásai felléphetnek összefüggésben a nyálkahártya lobos megbetegedésével, következményesen az influenza után, átmenetileg, másrészt azonban atrophiahoz is vezethetnek. Bujakóros elváltozások, magasán fekvő, rejtett vagy recidiváló polypok, valamint a rostasívek megbetegedései képesek kóros elváltozásokat előidézni a körzeti szaglósívekben. Ép úgy az ozenánál a nyálkahártya sorvadása a körzeti szaglósívekre terjedhet, végül senilis atrophia is felléphet, csak-hogy ez valószínűleg többnyire központi jellegű. A mi a valódi központi anosmiát illeti, a kórbonczani megállapított elváltozások mellett a központi idegrendszerre károsan beható okokat is felsorolhatjuk: Daganatok a mellő koponyárokban, tályog, az agygyomrocsok vízenyője, sklerotikus, embolikus, haemorrhagikus góczok, syringomyelia, cerebralis tabes, paralysis progressiva, senilis atrophia; azonkívül ártalmak, melyek a bulbus és tractus olfactorius egyenesen érintik, mint meningitis cerebrospinalis, bñjakóros és gümös elváltozások, traumák a nervi olfactorii, a bulbus és tractus olfactorius vongalásával és megszakadásával. Ide számítjuk a különböző intoxicációkat, dohány, cocain, higany, ólom, morphiun, atropin és szénkénnel, továbbá a szaglósívek ingerlését és kifáradását. Az említett intoxicációs anyagok között az izgató gázok, cocain és dohányfüst nyilván helybelileg károsan hatnak a körzeti szaglósívekre. Ide tartoznak a toxikus behatások

influenza, vérmérgezés és orbáncznál. Továbbá ama veleszületett anosmia, melynek alapját a bulbus, a tractus olfactorius és a corticalis szaglókörpontok részleges vagy teljes hiánya képezi. Végül az okok között szerepel a festenyhiány is mint ébrényi jelenség, mely valószínűleg a szaglókörpontok dúcsajtjeire is kiterjed.

A mi a mechanikus vagy respiratorikus anosmiát illeti, különböző okok képezik az orrlégzésnél a mechanikus akadályt, így az orrnyílások veleszületett atresziái, később fellépett szűkületei és összenövésai, az orrüreg nagyfokú asymmetriái, az orrsüvény elferdülései, daganatok, különösen orrhabarczok, lobos duzzanatok, az orrkagylók szűkítő túltengései, idegen testek.

A functionalis anosmiát rendszeren találjuk a hysteriánál, de ismerünk távolhatásokat, reflexjelenségeket is ovariotomiánál, menstruatióknál, az alsó kagyló cauterizálásánál és a trigeminus Gasser-féle dúczának kiirtásánál. Ide soroljuk az intermittáló anosmiát kimutatható elváltozások hiányában. A psoriasis buccalissal fellépő és annak gyógyulásával megszűnő anosmia is csak functionalis kiesésnek tekinthető.

A különböző okokból fellépő anosmiákat gyakran szaglási hallucinációk előzik meg, különböző parosmiák és kakosmiák nem ritkán biztos előfutárjai az anosmiának.

Az említett tapasztalatok mutatják az anosmia okainak meglepő nagy számát, ismereteink hiányát, a nyílt kérdések nagy számát, melyekre, miután minden támpontunk hiányzik, még megközelítő magyarázatot vagy feleletet sem adhatunk. A pontos klinikai észleletektől és a kórbonczani buvárlatoktól várható ismereteink nagy hézagainak betöltése.

2. A nervus accessorius viszonya a gégehez. Élettani kísérletei kimutatták, hogy az accessorius távol áll a gége beidegzésétől; ezen tényről nemcsak az élettani vizsgálatok eredményei, de újabban a klinikai és kórbonczani észleletek is teljes összhangzásban állnak. Mindazonáltal a régi nézet, mely az accessorius a gégeizmokkal szoros összefüggésbe hozza, ismételve felmerül a tankönyvekben és dolgozatokban. Ez okból előadók igyekezett élettani kísérleteinek eredményét a morphologia és phylogenia szempontjából is megerősíteni. Legczélsebbnek tartaná, ha a nervus accessorius végképen töröltetnék az agyidegek sorából, mert ezzel megszűnnék minden zavar és téves magyarázat, de ez a gyökeres eljárás kivihetetlen, mert az accessorius már polgárjogot nyert és így csak arról lehet szó, hogy morphologiai szempontból tisztáztassék a kérdés. Az accessorius nyúltvelői és gerincvelői részletével együtt a legszorosabb viszonyban áll a vagus törzsével és eredetileg benne is foglaltatik a legalsóbb gerinczeseknél és határozottan a vagustól származik le, mígnem egyik részlete, mely embernél a gerinczagyból lép ki, egészen önálló ideg alakjában jelenik meg. Ezen úgynevezett accessorius spinalis agyideg jellegét bizonyítani felette bonyolult és nehéz kérdést képezett, míg az accessorius vagi ép úgy ered és fut le mint a vagus. Ezt a problémát Fürbringer genialisan oldotta meg, a mennyiben kimutatta, hogy az accessorius spinalis a vagus leghátsóbb része, mely csak később kapta mostani helyzetét és lefutását, a gerinczagy és a gerincvelői elemek előretolódásának és előrevándorlásának folyamata következtében, midőn is a nyúltagy hátsó belső vége, az accessorius spinalis eredő területe a gerinczagy által lett körülzárva. Tehát az accessorius alaktanilag ép úgy nem választható el a vagustól, mint nyúltvelői részlete a gerincvelői részlettől. E mellett két tényt emel ki az előadó, hogy a vagus és az accessorius vagi intra- és extra-medullaris eredete és lefutása szorosan egybeforrt és egy összefüggő egészet képez, és hogy az accessorius, midőn még a vagusban foglaltatik és egyik ágát képezi, épen azon izomterületnek van rendeltetve, mint embernél, a hol szintén önállóan ered a gerinczagyból. Ha ezen tényekhez soroljuk a gégeizomzat leszármazását, úgy azt látjuk, hogy a gége izomzata egyenes leszármazéka a garatizomzat bizonyos részének, melyet a vagus idegez be ép úgy a legalsóbb gerinczeseknél, mint az embernél, és ott, a hol még a gégeinek nyoma sincsen vagy az ősi alakja lép fel és a hol az accessorius mint a vagus egyik ága a musculus trapeziust idegezi be, a garat és gége ősi izomzatát is a vagus idegezi be. Azon élettani tény, hogy az accessoriusnak semmi köze a gége beidegzéséhez, morphologiai és phylogenetikus szempontból is megerősítést nyer és bizton remélhető, hogy végre a központi gége-hüdekek kórtanában megszűnik majd az accessorius szerepe.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(V. rendes ülés 1901. február 16-dikán.)

Elnök: Tauffer Vilmos; jegyző: Wenhardt János.

Elnök az ülést megnyitva, a múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesítettnek jelenti ki. Majd így folytatja:

„Azon vesztesség, melyet a tudomány Pettenkofer Miksa szomorú vége által szenvedett, egyesületünket is közelről érinti: 1867 óta levelező tagunk volt. Elhunytával újból elvesztettünk egyet azok közül, a

kik a mult század második felében a természettudományok hatalmas fejlődésének *előmunkái* voltak.

Nagy szellemi képességeihez kimeríthetetlen munkaerő társult, exact tudományos kutatásainak *irányt* szokatlanul széles látókörre nyújtott — így lehetett s lett ő a tudományos *hygiene* megalapítója.

Tudományos pályáját Münchenben kezdte s ugyanott végezte. A meghívást Bécsbe, Berlinbe visszautasította, mert a mikor az egész emberiség *javáért* munkálkodott, akkor hazája *dicsőségét* is szíven viselte.

Szellemi erejének nagysága *értelmünket* hódolásra készíti, hazafisága, *szívünkhez* szól!

Végül indítványozza elnök, hogy Pettenkofer a nagy tudós emléke jegyzőkönyvileg megörökíttessék és bizassék meg a választmány, hogy rövid időn belül gondoskodjék arról, hogy a tagok valamelyike emlékbeszédet tartson az elhunyt tudós felett. (Helyeslés.)

Jelenti elnök, hogy *Nadas Lipót* 8 darab régi orvosi értekezést ajándékozott az egyesület könyvtárának. Valamint a „Fehér Kereszt” is megküldte XV. évi jelentését. Köszönettel vétetik.

A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Fischer Aladár, Hudovernig Károly és Rottenbiller Ödön tagtársakat.

Három meteres bélresectio gyógyult esete.

Fischer Aladár: K. I. 23 éves béres mult évi december hó 21-dikén vétetett fel a szt. Rókus-kórház (Navratil tanár vezetése alatt álló) II. sebészeti osztályára. Beteg kimondása szerint 12 év óta jobb oldali szabad lágyéksérven szenved. Egészen felvétele napjáig jól érezte magát, mikor is reggel munka közben hirtelen rosszul lett, a különben csak ökölnyi sérve igen hirtelen megnagyobbodott és többé visszahelyezni nem lehetett, miért is orvosi tanácsra a kórházba szállították be, midőn azután bemutató nála a következőket találta.

A szikár, de különben jól fejlett és egészséges belső szervekkel bíró férfibetegnél férfifejnyi, rendkívüli feszességet mutató jobboldali kizárt lágyéksérven van jelen. Beteg általános állapota gyenge; érelökés 120—125, kicsi; has puffadt, érzékeny. Kínzó hányás; hideg veríték a homlokon.

Ily körülmények között bemutató rögtön operatióra határozta el magát és betegen a sérvműtét kivételéhez fogott.

A sérvműtét megnyitása és az igen kellemetlen büzü sérvviz elfolyása után, a vékonybélnek egy convolutuma feküdt bemutató előtt, mely nem mutatta a bélkacsoknak azt az elrendeződését, melyet kizárt sérvekben rendszeren találni lehet, hanem, mint a sérvkapu kiadó tágitása után kiderült, a mesenterium tengelye körül meg volt csavarodva és ezen megcsavarodott mesenterium alatt az egész belconvolutum át volt csapódva, úgy hogy a bélkacsok egy valószínű gordiusi csomót képeztek, melynek kibogozása csak meglehetősen fáradsággal sikerült. A kirekedt és csavarodást szenvedett bélkacsok legtöbbje egyszerűen a legkifejezettebb gangraenát mutatta, mely gangraenosus válsága a bélkacsoknak a mesenterium csavarodása következtében retrograd módon a sérvkapun belül levő kacsokra is folytatódott. Ezen gangraenás részleteket előlván, mintegy három meteres, gangraenás béldarab feküdt bemutató előtt.

Hasonló esetben két dolog között választhatunk. Egyik a bélkacs kivárása és anus praeternaturalis képzése; a második a bélkacs resectioja. Az első ily körülmények között lehetőleg kerülendő. Mert — tekintve attól, hogy az anus praeternaturalis egyike a legundokabb emberi nyavalyáknak, melynek operálása a régebbi statisztikák szerint 60, az újabbak szerint pedig 30% mortalitással jár — ily nagy bélkacs kivárása után az anus praeternaturalis képzés biztos inantiora vezetett volna. Mert akár per os, akár per anum, akár a bélsipolyon át tápláltatott volna a beteg, elegendő bél a felszívódás eszközlésére nem állott volna rendelkezésre. Hogy ez így van, azt bizonyítja Maydnak egy Kukula által közölt esete, mikor közel 3 meter bél távolítottán el és anus praeternaturalis képeztetvén, a beteg három hét múlva inantioiban elpusztult. Egészen másként áll a dolog a resectioval és az azt követő primaer bélvárral. Trzebiezky kísérletei szerint a vékonybél fele, Monari kísérletei szerint plane $\frac{7}{8}$ része távolítható el a vékonybélnek kutyáknál, a nélkül, hogy inantiotól kellene tartanunk. Embernél pedig Ruggi 330 cm. vékonybelet távolított el és betege meggyógyult, Fantino pedig 310 cm.-t ugyancsak sikeresen.

Mindezeket szem előtt tartva, ezért bemutató betegnél a gangraenás bél resectioját végezte. A resectio végzésekor meglehetősen közel tartotta magát bemutató a bélhez, nehogy igen nagy ék kivágása által oly edényeket is lekössön, melyek távolabbi bélrészletek táplálására is fontosak. A gangraenás béldarab kiirtása után a bél egyesítését a II. sebészeti osztályon szokásos eljárásnak megfelelőleg bemutató a Murphy-féle gombbal végezte, mely eljárást oly esetben, mikor gyors operatio és a bélnek a műtét után való gyors és biztos átjárhatósága szükséges, minden eddigi eljárás fölé — a Doyen-félet sem véve ki — kell helyezni. A bélresectio után a sérvkapu záratott és a sebűrt steril gaze-zel tamponáltatott.

Bemutató által eltávolított béldarab műtét után végzett pontos mérés szerint háromszázhatvan centimeter volt. Bemutató tudomása szerint emberen a leghosszabb bélresectiot Eiselsberg végezte, ki 4 m. belet távolított el, betege azonban elpusztult. Kukula összeállítása szerint ezután következik Obalinszky 360 cm.-rel. Betege műtét után csak 22 óráig élt. A leghosszabb resectiot, mely után a beteg életben maradt, Ruggi végezte 330 cm.-rel; utána következik Kukula szerint Fantino, ki 310 cm.-t resectált sikeresen. Bemutató esete tehát Ruggi és Fantino esetei közt áll és így a bemutatónak hozzáférhető irodalom adatai szerint a második leghosszabb sikeresen végzett bélresectio. Hazánkban, hol bemutató főnöke, Navratil tanár már 22 év előtt végzett anus praeter-

naturalis miatt sikeresen terjedelmesebb bélresectiokat, az eddigi leghosszabb bélresectiokat ugyancsak a szt. Rókus-kórház II. sebészeti osztályán bemutató hivatalbeli elődje Boros József orvos által végeztették, ki két esetben két méternél hosszabb béldarabot távolított el sikeresen.

A kórelfolyást röviden vázolván bemutató megjegyzi, hogy az első 24 óra után beteg állapotában már feltűnő javulás volt constatálható; bélfunctio helyre állt, közérzet, arczkifejezés javult, csak a pulsus maradt napokon át nagyon labilis. Azután lassú reconvalescentia után beteg mintegy 3 hét előtt ágyát elhagyta. Azóta erejében, súlyában gyarapodott és a holnapi napon szándékozik elhagyni a kórházat, hogy rendes munkaköréhez térjen vissza.

Lueses eredetű Jackson-epilepsia.

Hudovernig Károly: B. I. 28 éves vasúti alkalmazott, ki családiag nem terhelt, 1892-ig teljesen egészséges volt. Ekkor lueset acquirált, mely 7 évvel később secundaer tüneteket okozott, de specifikus kezelésben nem részesült. Néhány hónappal az infectio után tipikus Jackson-epilepsia rohamai voltak: eszméletlenséggel járó, 10 percig tartó roham, tonikus clonikus göresökkel a bal arczfélben, melyek átterjedtek a bal karra is, míg bal lába s a jobb testfél szabadon maradt. Ily roham két év múlva ismétlődött, majd sürűbben, s 1900 óta 8 hetenként. 1896 óta e rohamokat körülbelül 4 héten keresztül eszméletlenséggel nem járó, clonikus rángásai a bal arczfélnek követték; ilyen kis rohamok napjában 30—40-szer jelentkeztek s 30 másodpercig tartottak. 1898-tól kezdve naponta 3 gm. bromsót szedett, minden eredmény nélkül. Utolsó nagy roham 1900. december 10-én s két nap múlva beteg az idegkórtani klinikán jelentkezett, hol alkalmuk volt a leirt kis rohamok közül többet megfigyelhetni. A betegnél a bal facialis gyengeség s kissé fokozott bőr- és inreflexeken kívül csak a penis alsó felületén egy kisebb s mindkét crista tibiae mentén több szabálytalan alakú, luetikus heg látható. Tekintve, hogy tiszta Jackson típusú epilepsia volt dolguk, s hogy az anamnesis csak a lueset mutatta mint kórokozót, felvették a jobb gyrus praecentralis alsó harmadának körülírt luetikus megbetegedését, minek folytán betegnél a bromkezelés mellőzésevel erőlyes anti-luetikus kezelés lett inaugurálva; nagy roham ezóta nem jelentkezett, a bal arczfélben rohamszerűen fellépő rángások már a negyedik bedörzsölés után ritkábbak lettek s a tizedik inunctio óta nem ismétlődtek.

Korányi Sándor: Annak a fontosságára akarja a figyelmet felhívni, hogy néha ilyen esetben a bedörzsölési kúra már 3—4 nap alatt sikeres eredményt adhat. 1892—93-ban észlelt a klinikán egy Jackson-epilepsia esetet, a melynél a rohamok gyakran jelentkeztek, majd status epilepticus lépett fel, mely a bedörzsölési kúrát — bár a lues kimutatható nem volt — indokoltá tette. Ez alatt camphorral kellett a beteget tractálni és negyedik napra megszűntek a Jackson-epilepsia-rohamok. Két rohammentes év múlva ismét visszajött Jackson-epilepsia, de hogy lueses volt, mutatta a penisén jelentkezett gumma. Mikor visszajött, antilueses kúrára e rohamok 4 nap alatt ismét enyhültek, később elmaradtak, majd 3 évig nyugodt volt ismét, ekkor újabb rohamok, de Hg. kezelésre újból jobban lett. Azóta szóla nem látta a beteget.

Úgy látszik roppant kis bonczani laesio lehet itt jelen, mely a Hg. kezelésnek ily rendkívül gyorsan enged.

Az ischias kezelésének mai állása különös tekintettel a balneoterapiára.

Rottenbiller Ödön: Az ülőidegzésába kezelésének megindítása előtt legfontosabb a kórelőzményi mozzanatok tisztázása, illetve az alapbántalom megismerése. A heveny — csúzos — alapon fejlődő ischiasoknál legfontosabb még napjainkban a balneotherapiás kezelés, s e tekintetben megbecsülhetlenek a forró, illetve meleg zuhanyok. A galvánáram használata, ritkábban a massage, a sugárzó hőnek használata, mind megannyi segédeszközei a gyógyításnak, sőt végső esetben, az inveterált, idült esetekben a nem véres úton, sőt a véres úton való idegnyújtás is szóba jöhet. Belső szerek közül az antineuralgicák jobbadán mind szóba jöhetnek, specificum nincs. Végső esetben megbízható fájdalomcsillapító a morphin.

Arányi Zsigmond: Szóla ismételtén használta a gaultheriát, melyet előadó olyan nagyon dicsér, de nem látott tőle eredményt. Az iszapgöngyöléseket előadó 15—20 percig alkalmazza, de szóla tapasztalata szerint $\frac{1}{2}$ —1 óráig kell alkalmazni. — A fürdőknek minden második nap való alkalmazását szóla ellenzi, különösen szegény betegnél, ki nem maradhat sokáig fürdőhelyen, ezért minden nap fürdeti. A massagenak szóla nagy jelentőséget tulajdonít az ischias kezelésében, mert ez meggyógyítja az ischiast balneotherapia nélkül is.

Sümegi József: Szóla 67 esetet közölt a mult évi „Gyógyászat”-ban, melyben a massage-zsal jó eredményeket ért el és épen azt tartja, hogy jól berendezett fürdőkben alkalmazni kell minden oly gyógyhatányt, mely a betegnek javára szolgálhat. Így a massaget is. És ha nyomorult helyzetben levő beteget egy párszor megmassálta volna és száraz idegnyújtást végzett volna rajta, akkor a beteg pár nap múlva kényelmesen mehetett volna a fürdőbe. Szóla az iszapösszetétel mellékesnek mondja a hatásra nézve, födolog, hogy jó meleg legyen és a begöngyölés foka és tartama dönt. 20 perces begöngyölés nem ér semmit, $\frac{3}{4}$ —1 óráig kell tartania és az izzadás a fő. Erre pedig a lég- és villamos fényfürdők jobbak, mert a beteg lakásán is könnyen alkalmazhatók. Ezeket az ischias-therapiájából kihagyni nem szabad.

Rottenbiller Ödön: A gaultheriát csak mint segédeszközt alkalmazta rheumás eredetű ischiasnál és erre nézve tapasztalatai kedvezők. Erről 6 különben 112 eset kapasan a mult évben beszámolt. Határozottan fájdalomcsillapító. Lehet, hogy az alkalmazás módja eltérő, ezért

eltérők felszólalónak tapasztalatai. Az iszapnak 15–20 perezig való alkalmazását nem szóló cselekszi, hanem ezt Doktor dr. közleményéből vette, a kit citált is. Szóló csak pár hó óta alkalmazza az iszapot. A másodnapos fürdőzést szóló az elegans praxisban szokta alkalmazni, de a szegényebb betegnél is kivihető, mert a naponta vett fürdő kimeríti a beteget és akkor 5–8 napig is pauszálni kénytelen, a mi költség-többletet okoz.

A massageról szóló többet írt, mint felolvasott. Különben a nagyhirű sebész Kocher is azt tartja, hogy ischiásnál többet árt, mint használ. (Sümei közbeszó: A masseur-eket kell megkérdezni!) Szóló azt hiszi, nem 1 het valaki sebész a massage tudása nélkül, de az ellenkezője előfordul. Az iszap összetételét szóló is mellékesnek tartja, a „szerencsés összetétel” csak a Liebermann vegyész véleményéből merítette. A radiotherapiára nézve helytelennek tartja szóló a „fény-fürdő” elnevezést, mert itt nem a fény, hanem a sugárzó hő hat.

Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1901. január 30-dikán.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

A gallicin a szemgyógyászatban.

Goldzieher Vilmos: A gallicin a gallussav methylaetherje: fehér, igen könnyű por. Már 1895-ben *Mellinger* Baselben közölte, hogy a gallicin külső szemcsoportoknál kitűnő hatással bír. Ezen író kimutatta azt is, hogy a gallicinnak kifejezett baktericid hatása van. Már 10%-os oldatok megakasztják a staphyl. pyog. aur. fejlődését. *Mellinger* eredményeit *Reymond* Turinban megerősítette. Előadó egy fél év óta kísérletezik a gallicinnal és már számtalan esetben használta. A következő eredményhez jutott:

A gallicin kitűnő szer a conjunctivitis és keratitis phlycten. ellen. A szembe hintve, a calomel határozottan fölülmulja. Nagy előnye, hogy absolute nem mérgező és hogy a betegnek kezébe lehet adni. Semmiféle belső gyógymóddal collisióba nem jut, míg a calomel behintése contraindikálva van belső jodhasználat mellett. Kitűnően érvényesül a gallicin akkor is, ha a phlyctenularis gyulladás nagyobb sekretióval párosul. Idült szemhurutnál, blepharadenitisnél, a blennorrhoeák utolsó stádiumainál, egyszerű sokféle kötőhártyalobnál, a mikor a lapis-oldattal való esetelés már nincsen többé indikálva, a gallicin jó hatást gyakorol.

A gallicin jobban hintendő a szembe mint a calomel. Esetleg lehet 1–2%-os oldatban is becsipegetni. A behintett por rendszeren csak könnyű égést okoz, mely érzékeny egyéneknek hideg borogatásokra gyorsan enyhül.

Mint hogy a por igen csekély fajsúlyú, 1 gramm elegendő hosszú kezelésre.

A vastagbél máj alatti görbületében székelő rák kiirtása.

Herczel Manó: Liptai Terka 46 éves napszámosnő egy év óta szenved kólikaszerű fájdalmakban és gyakori székrekedésben, de véres szék híján. Ez okból, de főleg rohamos lesóványodása miatt a szt. István-kórházba vétette fel magát és Korányi tanár úr osztályáról műtét céljából a III. seb. főnkra lett átvéve.

Nagy fokban lesóványodott és elgyengült nő, hasában a jobb bordaív alatt almanagságú, dudoros, igen tömött tumor, mely minden irányban könnyen mozgatható és majdnem a középvonalig tolható. Hanyatt fekvéskor a daganat hátrahúzó, úgy hogy alig lehet fel. Diagnózis: Carcinoma flexurae hepaticae coli. A műtétet Herczel 1900. december 20-dikán chloroform-narcosisban végezte. Ezen esetben függőleges, 12 cm. hosszú jobb oldali hasmetszést végzett. A kóros bélrészletet, melynek ürterét a daganat gyűrűszerűleg szűkítette, 14 cm. hosszban resecálta és a két bélvéget 17 első és 22 másodosoros varrattal egyesítette. A hasüreget ez alkalommal sem zárta el teljesen, hanem gazeccikkokkal kifelé tamponálta. Ezen kezelési mód, mint a lefolyás alatt kitűnt, igen üdvösnök mutatkozott. A beteg ugyanis műtét után súlyos bronchitisbe esett, igen sokat köhögött. Lehetséges, hogy ez okból 1–2 bélvarrat engedett és műtét után két héttel több napi kisebb láz kíséretében bél-sár jelent meg a hassebben, mely incidens teljesen elzáró hasüreg mellett okvetlenül általános peritonitishez és halálhoz vezetett volna. Így azonban a kis bélsársipoly 14 nap alatt önként teljesen záródott, a seb teljesen begyógyult. Beteg 3 kilót hízott és a mai napon gyógyultan hagyja el az osztályt.

Coeccum-carcinoma miatt végzett bélresectio.

Herczel Manó: G. Soma 42 éves mérsáros 1900. tavaszán betegedett meg fájdalommal a vakbél táján, székrekedéssel váltakozó hasmenéssel. Székében több ízben véres csíkok jelentek meg, később hasa jobb felében egy daganatot vett észre, mely folytonosan nőtt. Rohamosan lesóványodott és gyengült.

Felvételekor a rosszul táplált halvány betegnél a vakbél táján egy két ökölnyi, tömött, dudoros, de minden irányban elég jól mozgatható daganat volt tapintható. A vastagbél felfúvásakor a daganat eltávolodik a középvonaltól és határai elmosódnak. Betegnek napjában 6–8-szor van híg széke, mely igen bűzös, de sem genyert, sem vért nem tartalmaz.

Diagnózis: Carcinoma caeci.

A műtétet Herczel 1900. december hó 5-dikén végezte chloroform-narcosisban. A hasüreget a jobb m. rectus külső szélén át vezetett 16 cm. hosszú verticalis metszéssel nyitotta meg. A coecum falában egy nagy tömött daganat ült, mely a cseplecszel össze volt nőve. A mesocoeccumban néhány mogorónyi-diónyi megnagyobbodott mirigy. Herczel a kóros

bélrészletet és a mirigyeket magában foglaló retroperitonealis zsír-szövetet az aortáig terjedőleg egy összefüggő darabban irtotta ki, a tárgult vékonybelet a vastagbéllal 26 első és 32 másodosoros varrattal egyesítette. A hasüreget a varratig vezetett gazeccikkokkal kifelé drainezte és a hassebet 4 varrattal szűkítette.

A kiirtott bélrészlet 22 cm. hosszú, belfületét tenyéri terjedelemben kifehélyesedett rákos daganat foglalja el, mely a bél ürterét gyűrűszerűleg szűkítette. A resecált béllal összefüggésben látható a hatalmas mirigyamag.

Lefolyás, eltekintve csekély hőemelkedésektől, melyek oka váladék-retentióban rejlett, kedvező volt. A beteg a 3. hét végén elhagyta az ágyat. Jelenleg jól érzi magát, igen jó étvágya van, 6 kg.-ot hízott.

(III. bemutató szakülés 1901. február 6-dikán.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

Dextrocardia esete.

Szlávik Ferencz: Weinberger János 12 éves árvaházi növendék 1898. évi október hó végén morbillivel, kiterjedt bronchitisrel s a jobb alsó lebenyre kiterjedő bronchopneumoniával vétetett fel a szt. János-kórház ragályos osztályára. A pneumonia néhány nap alatt úgy mell-, mint felfelé rohamosan terjedt és oly intenzív tompulatot adott, hogy pleuritikus exsudatumra is volt gyanu. Ennek eldöntése céljából először is a szív helyzetét akarták figyelembe venni, de a legnagyobb meglepetésre sem szívcsúslökést s még kevésbbé szívtompulatot nem találtak a bal mellkasfélén s ugyanott a szívhangok is alig-alig voltak hallhatók, de igenis annál tisztábban és erősebben a jobb mellkas felé közeledve. Már most közelebbről vizsgálván a jobb mellkasfélét, a szívcsúslökés a jobb IV–V. bordaközben a bimbóvonalban volt homályosan tapintható, a szívtompulatot meghatározni a környező tüdőrézlet nagy infiltratioja miatt nem volt lehetséges.

A kis beteg 3 havi ápolás után az árvaház előjáróságának kívánságára bocsátott ki a következő állapotban. Az egész bal mellkasfélétől teljes éles nem dobos kopogtatási hang, a parasternalvonalban a VI. borda felső széléig, a mamillaris vonalban a VII. borda felső széléig, onnan lefelé mély dobos kopogtatási hang; léptompulat a IX. borda alsó szélén; hátul rendes viszony.

Jobb oldalon a kulcsesont feletti árokban tompult, a kulcsesonttól lefelé a szív- s májto-mpulattal összefolyólag tompa kopogtatási hang, szintúgy a hónaljban, hátul a scapula közben a rendesnél valamivel rövidebb, a scapula csücskétől lefelé tompa kopogtatási hang; kiterjedt hörgi légzés, itt-ott szörtyözéjekkel; szívcsúslökés a jobb IV–V. bordaköz mamillaris vonalban; ép szívhangok. Két év múlva, azaz 1900. évi június hóban a kis beteget kintző köhögés s nehézlégzés miatt ismét elhozták a szt. János-kórház gyermekbeteg-osztályára. A lelet, mely június óta alig változott, a következő volt: A jobb mellkasfélétől mély légvételnél láthatólag visszamarad, a jobb bordaközök a túloldaliaknál valamivel keskenyebbek; a kulcsesont alatti árok s a hónalj-köz behúzódott; a jobb mellkasfélét körmérete 2 cm.-rel kisebb a balénál. A bal mellkasfélétől a parasternalvonalban a VI. borda alsó, a mamillaris vonalban a VII. borda alsó széléig teljes éles nem dobos, onnan lefelé mély dobos kopogtatási hang; a léptompulat a X. borda alsó szélénél kezdődik; hátul is egy bordaközrel mélyebb tüdőhatár, különben teljes éles nem dobos kopogtatási hang. Jobb oldalon a kulcsesont fölötti árokban s a kulcsesont alatti külső félen tompa kopogtatási hang; a sternum fölött s a jobb claviculától lefelé az V. borda alsó széléig a sternum mentén egy ujjnyi sáv alakjában teljes éles nem dobos kopogtatási hang; a mamillaris vonalban a szív- s májto-mpulattal összefolyólag tompa, a hónaljban dobos színezetű a VIII. borda felső széléig, onnan lefelé tompa kopogtatási hang. Hátul a tövis fölötti árokban tompa, a scapula közben rövidebb tompult hang, a scapula csücskétől lefelé tompa kopogtatási hang. Kiterjedt hörgi légzés hallható, a hónaljban azonban amphorikusra emlékeztető, néhány csengő szörtyözéjével. Szívcsúslökés jól látható s palpálható közel a jobb mell-ső hónaljvonalhoz a IV. és V. borda közt. Szívhangok tiszták.

Az a kérdés már most, hogy mi oknál fogva foglal helyet a szív a jobb mellkasfélén? Erre nézve három lehetőség áll fenn; s pedig áttolás, átvonás (retractio) s fejlődési rendellenesség (veleszületettség). Az első lehetőség, t. i. az áttolás ez esetben teljesen kiesik, mert a bal mellkasfélének úgy a 2 évvel ezelőtti, mint a jelen állapota nem enged következtetni oly lefolyt kóros folyamatra, mely a szívet oly nagy mértékben jobbra áttolhatta volna. A mi pedig a retractiót illeti, az sem jöhet szóba, mert a jelenleg fennálló pneumonia interstitialis a 2 évvel ezelőtti jelentkezett bronchopneumonia nyomán fejlődött s akkor a dextrocardia már fennállott, csak hogy nem oly nagy mértékben, mivel a tüdő interstitialis folyamata a szívet még jobbra helyezte. (Két évvel ezelőtti a csúslökés a jobb mamillaris vonalban volt, jelenleg a mell-ső hónaljvonalban van.) Legvalószínűbb tehát, hogy a kis betegnél *dextrocardia congenita* esete áll fenn. E mellett szól különösen az, hogy a csúslökés a jobb hónaljvonal felé esik. A Röntgen-sugarak nem nagyon támogathattak; csak azt bizonyították, hogy a szív a bal mellkasfélén nincs, hogy pedig jobboldalt mily helyzetben, irányban fekszik, azt meghatározni akadályozta a jobb tüdő kiterjedt induratio folyamata. Valószínűsítéssel feltehető, hogy e kis beteg szívének anatómiája, functioja a normalisnak tökéletes. Így pl. az arteriosus vért nem a bal, hanem a jobb szívfél közvetíti, az aorta a jobb kamrából emelkedik fel s a jobb bronchuson hajlik át a gerincoszlop jobb oldala felé. Ez esetben is az aorta abdominalis a gerincoszlop jobb oldala mellett érez-

hető legjobban. Vajjon a tüdők a situs inversusban részt vesznek-e, erre vonatkozólag Polyák dr. laryngoskopikus vizsgálatot végzett, s daczára, hogy a bifurcatioig volt bevilágítható, caliber különbséget a két bronchus közt nem vett észre. Máj és lép a rendes helyen, a gyomor is felfúvással rendes viszonyának bizonyult.

Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum cutis esete.

Róna Sámuel: J. J., 38 éves nő, pék, állítólag 4 év óta beteg. 4 év előtt először vette észre, hogy mindkét alszárnak mellő felületén a bőr kékesen elszínesedett és megvastagodott.

Bejövetelekor (január 4-dikén) a nagyfokban anaemiás bőrön a következő elváltozások voltak: Mindkét fül lencsényi, borsónyi, kékes-vörös göbök által elfoglalt és megvastagodott. Hasonló göbök a felső végtagokon, különösen a kezek és ujjak háti felületén. A bal felkaron subcutan göb is tapintható.

Az alsó végtagokon a bőr a czomb felső egyharmadáig megvastagodott; itt helyenként a bőr deszkakemény és az alaphoz rögzített és különösen a lábón és alszáraikon kendermagnyi, egész borsónyi göcsök által sűrűn behintett. Itt-ott nagyobb vérmennyek után visszamaradt zöld és sárga foltok. A lábujjakon a papillaris túltengés a fölületnek marhanyelv kinézést kölcsönöz. A kemény szápadon szintén sötétbék göcsök. Az inguinalis és axillaris tájakon mogorónyi és nagyobb mirigyek tapinthatók. A léptompulat a hetedik bordaközben kezdődik és a bordaívét nem éri túl. Különben semmi rendellenesség a mellkasi és hasi szervekben.

Etvágytalanság, hasmenés, nagy gyöngeség és álmatlanság. A vérvizsgálat január 12-dikén 3.072.500 piros vércsejtet, 13-dikán 1.782.500 piros és 110.000 fehér vércsejtet tüntetett fel. Ez feltűnő jelenség, úgy hogy a vizsgálatot folytatni fogják. A beteget arsen-kúrára fogta és pedig kakodylsavas natrium-injectiókra. 3 cgm. dosisnál kezdte az adagolást és 2-3 naponként fokozva injiciál.

A hasmenés időközben részben opiatokra megszűnt és a beteg étvágya emelkedett, ereje növekedett és egyes göbök határozott visszafejlődést mutatnak. Ez utóbbit azonban még nem merné az arsenhatásnak betudni, miután ezen kóralaknál rendes tapasztalat egyes göbök spontán regressioja.

Ezen beíratott esethez a következő észrevételeket tartja szükségesnek fűzni. Az első a bántalom hovátartozását illeti. A szóban forgó kóralakot első leírója és utána többen a bőrsarcomák csoportjához illesztették, miután az első tapasztalatok úgy klinikai, mint histológiai characterai után leginkább ezekhez hasonlóknak találták. Az újabb pontosabb klinikai és histológiai vizsgálatok azonban elkülöníteni óhajták az ilyen vagy ehhez hasonló bőrtumorokat a valódi sarcomáktól, mert 1. a valódi sarcoma autonóm új képlet, mely körülán centralis növekedést mutat és nem fejlődik vissza, 2. mert sejtelemeik egyenműek. Azon felvétel, hogy a valódi sarcoma éles határú és a szomszédos szöveteiket félretolja, de nem infiltrálja, nem eléggé támogatott. Mindezek a szóban forgó alakoknál nem találhatók, ezért egyelőre csak *sarcoid* névvel illették, sőt még ezen név alatt is többféle klinikai típust különböztetnek meg.

Többen bizonyos jellegük miatt mindezeket — és talán joggal — az infectiosus *granulomák* csoportjához sorozzák.

Ha biztosan ilyen kóralakkal állunk szemben, a milyent imént bemutatott szülő, feltétlenül indokolt az erőlyes arsenkezelés és pedig nem csupán a most már mindinkább szaporodó irodalmi adatok, hanem saját tapasztalatai nyomán is, a mennyiben két esetében az arsennek kitartó, hónapokon, sőt egy éven át tartó adagolása alatt észlelt fejlődésűnetet, sőt tetemes javulást az arsennek kell betudnia.

Havas Adolf: Örömmel hallja az előadótól, hogy beigazolódik szólnak már régen hangoztatott azon nézete, hogy daczára annak, hogy a histológiai lelet megfelel a sarcomának, a klinikai lefolyás attól különbözik, ezért a sarcomák csoportjából a bántalom kiküszöbölendő. Ezért az újabb szerzők a sarcoidok csoportjába sorozzák.

A therapiára nézve is már évek óta hangoztatja szülő, hogy az arsennek befolyása van a bántalomra, bár néha eserben hagy. Az is lehet, hogy spontán is visszafejlődik a bántalom, de mégis egyes esetekben az arsen kiválóan beválik. Így egy kőművesnél 22 évig állott fenn a baj, munkaképtelen volt, de arsenre a daganatok prompte visszafejlődtek.

Dermatitis exfoliativa universalis esete psoriasis kapcsán.

Róna Sámuel: G. M. 31 éves napszámos 15 év óta szenved psoriasisban. Jelenleg harmadszor van hasonló diffus lobos állapotban. Az első 10, a második 6 év előtt volt. Ezen utolsó nagy diffus dermatitis úgylátszik a psoriasis gyors terjedése által keletkezett, a mennyiben hónapok óta nem használt semmiféle külső vagy belső szert.

Az osztályra jövetelekor január 21-dikén még úgy a végtagokon, mint a törzsön voltak relatív ép bőrszigetek, melyeken az egyes psoriasis telepek jól kivethetők voltak. Sőt a diffus lobos területeken át feltűntek egyes helyeken a nagyobb és régibb psoriasis-telepek. Azóta azonban a fokozódó bőrlób elmosta e helyeken az elemi laesio minden nyomát. Egyetlen diffus, nagy czafatokban hámoló, sötét-vörös dermatitis foglalja el az egész köztakarót, a nyaktól le a lábujjak hegyéig. Az arezon és fejbőrön vehető ki még ma is a psoriasisos eredet. Es ezen dermatitis az osztályon nem szerekre fokozódott, hanem teljesen spontán, a mennyiben vagy tiszta vaselint és langyos fürdőt, vagy bőr- és tiszta vaselint kapott, csak a nagy feszülés csökkentésére. Izgató szereket, kátrányt, pyrogallust stb. még egyáltalán nem kapott. Az ilyen társuló bőrlobok fiatal egyéneknek jó prognossissal bírnak. Néhány hét alatt kellő kezelésre a legszebben gyógyulnak.

Súlyos syphilis esete.

Havas Adolf: A 48 éves nőbeteg körülbelül 15 év óta szenved a bántalomban; a nála észlelhető elváltozások súlyos természetűek, majdnem az egész köztakaróra kiterjedők, s részben a syphilis által okozottak, részben pedig egyéb bántalmak hozzásegődése által complicálódtak. A felső testen levő elváltozások a syphilis serpiginosa ulcerosa tipikus kórképét mutatják, úgynevezett felületes bőrgummák, melyek elfekélyesedése után felületes vékony hegek pótolják az ép bőrt; sokkal súlyosabb elbírálás alá esnek azon kórtünetek, melyek az alsó végtagokon láthatók; a köztakaró itt tetemesen megvastagodott, deszkakemény-szerű, száraz, merev, vastag hámréteggel vagy gyümölcsszerű kinövésekkel ellátott. Ezen elváltozások úgy keletkeztek, hogy a csekély intelligenciájú nőnél az alszáron fellépett fekélyesedések nem részesültek kellő ápolásban; a munkánál való állásnál passiv hyperaemia, majd a környékben levő kórányagok hozzájárulása által erysipellasserű gyulladások szegődtek a kórfolyamathoz, mely körülmények folytán a köztakaró duzzadt lett, úgynevezett *oedema induratum* szegődött hozzá, most azután a kötőszövet túltengése következtében pachydermia és a hámtól fosztott helyeken a corpus papillare cutis túltengése következtében papillomatosus kinövések, úgynevezett *framboesia syphilitica* fejlődött ki.

Ez eset is szaporítja azok számát, melyeknél a tertialis musnak kórokát a hiányos vagy éppen nem gyakorolt gyógykezelés képezi. A beteg hét évvel ezelőtt néhány hétig kórházban volt, azóta nem részesült kezelésben.

A prognosis a bántalom nagy kiterjedése és a létrejött nagyfokú hegedések miatt nem a legjobb. Therapia: jodkali belsőleg és szürke kenőcs helyileg.

Csecstyújtvány empyema operált esetei.

Böke Gyula: Bizonyos kedvező anatómiai viszonyok folytán a középfülben előforduló lobos kórfolyamatok a dobüreggel összefüggő csatornával (aditus ad antrum) közlekedő csecstyújtvány-üregben (antrum) fészkelnek meg és pedig akkor, midőn az antrum igen nagy; ily esetekben a dobüregben levő genyedés olykor megszűnik, a dobhártyán levő perforatio — akár paracentesis folytán, akár a lob által jött létre — behegedhet, a hallóképesség visszatérhet és mégis a genyező kórfolyamat a csecstyújtvány-üregben folyton tart.

Ily esetekben legállandóbb tünetény az álmatlanság és fájdalom, masság a csecstyújtvány, kivált a fossa mastoidea tájékán, mely még gyenge érintésre is fokozódik, láz nincs jelen és a csecstyújtvány feletti lágyrészek sem duzzadtak, ha csak a bántalom heteken át nem áll fenn.

Az egyedüli eljárás, mely célhoz vezet, a csecstyújtvány-üregnek feltárása, felvétele, és minél előbb foganatosításuk, annál kedvezőbb és gyorsabb gyógyulást érünk el. Vannak esetek, kivált ha a betegség kezdetén jutunk hozzájuk, hol a hidegnek állandó alkalmazásával, kivált a Leiter-hűtőkészülékkel, a lobnak visszafejlődését eredményezhetjük; azon esetekben azonban, hol ez 8 nap alatt célhoz nem vezet, a csecstyújtvány felvételét továbbra halasztani nem szabad.

Az antrumban és a vele összefüggő sejtekben a genyedés a csontfalak felszívódásával jár, a csecstyújtvány vékony csontfedele alatt genyenvel telt nagy üregre akadunk, melynek falai sötétpiros duzzadt nyálkahártyával fedettek. Tanulságosak a bemutatott esetek úgy lefolyásuk, valamint az észlelt tünetényeknél fogva.

W. J. 26 éves süttősegéd január 5-dikán vétetett fel a fülbeteg osztályon. Előadása szerint mult év december 27-dikén bal fülében fájdalmat és zúgást érzett, mire négy nap után füléből nagy mennyiségű geny kezdett folyni, füle mögötti tájékon tartós nagy fájdalom jelentkezett, melynek következtében azóta aludni nem bír.

Felvételénél a genynek kifeeszkendezése után a dobhártya hátsó alsó negyedén kendermagnagyságú perforatiót lehetett látni, a csecstyújtvány tájéka nem duzzadt, de érintésre igen fájdalmas. A Leiter-hűtőkészülék az első napokban könnyebbülést hozott létre, a fájdalom időnként megszűnt, az álmatlanság azonban folyton tartott, úgy hogy január 19-dikén narkosisban a csecstyújtványt felvéste szülő.

A vékony csontfedél levétele után szürkésfehér geny ömlött ki az üregből, mely megvastagodott sötétvörös nyálkahártyával volt kitöltve, ennek kikanalizása után egy jókora mogorónagyságú sima fehér csont-állomány falzatú üreg volt látható; az üreg jodoformgazezzel ki lett tömve és a kötés alkalmazva.

A műtét után a beteg fájdalmai többé nem jelentkeztek, jól alszik és az üreg szép sarjakkal kitelődik, úgy hogy annak behegedése rövid idő alatt beáll; a fülfolys a műtét után megszűnt és a hallóképesség allapotra tért vissza.

A második eset 11 éves leányka, ki f. év január 21-dikén jelentkezett a szt. Rókus-kórház fülbeteg osztályán. Apjának előadása szerint mult év december hó 26-dikán baloldali fülében nagy fájdalmak támadtak, néhány nap után füléből genyfolyás mutatkozott, a fájdalmak azonban nem szűntek meg, sőt folyton fokozódtak, úgy hogy a gyermek hetek óta alig aludt.

Felvételénél nagy mennyiségű geny ömlött ki bal füléből, melynek kifeeszkendezése után a dobhártya mellő felső negyedén kis kendermagnagyságú perforatiót lehetett látni, a csecstyújtvány felülete rendesnek látszik, de igen fájdalmas, gyenge érintésre a fájdalom nagyobbodik.

A gyermeknél Leiter-hűtőkészüléket alkalmaztatott, elhatározva, hogy másnap a csecstyújtvány felvétele megtörténik. Másnap azonban meglepetésére azt találta szülő, hogy a gyermek, ki már hetek óta aludni nem tudott, nyugalmas jó álomban töltötte az éjjelt és a csec-

nyújtvány feletti fájdalom is alább hagyott; a tünetek ily gyors kedvező megváltozása miatt az operációt elállt és a Leiter-hűtő-készüléket tovább alkalmaztatta, azonkívül a fül 20/0-os borsav-oldattal naponta kétszer ki lett fecskendezve. A genyes elválasztás néhány nap múlva megszűnt, a dobhártya perforációja behegedt, azonban a fájdalom a csecstyújtvány felett nem szűnt meg, sőt a fájdalom nagyobbodott és a csecstyújtvány alsó csúcsa duzzadni kezdett, a gyermek ismét álmatlanul töltötte az éjszakákat, miért is január 29-dikén a csecstyújtvány felvételét eszközölte.

Narkosisban a csecstyújtvány takarójának csontig érő bemetszése és a csontok lemeztelenítése után a fossa mastoidea tájékán véste be a csontot, az első vésőtűs után szürkésfehér geny lüktetve ürült ki az üregből. A csontfedélnek egy húszfillérgyűszűben való elvétele után egy jókora mogorónagyságú üregre akadt, mely megvastagodott sötétvörös nyálkahártyával volt fedve, elválasztó csontfalak nem voltak; az üregnek kikanalizálása után az jodoformgázalattal ki lett tömve és kötés alkalmazva.

A műtét óta a gyermek jól érzi magát, jól alszik, táplálkozása igen jó és remélhető, hogy négy hét alatt az üreg sarjadzás útján be-töltve és a sebhely behegedve lesz.

Pityriasis rosea Gibert recens luesben szenvedő egyénél.

Huber Alfréd: A 24 éves férfibeteg január 26-dikán vététt fel Róna tanár osztályára egy hét óta fennálló genitális bajjal. Felvételekor tipikus sclerosos a monyon, tájmirigyduzzanat és az egész köztakarón elszórtan egy mérsékeltén hámlo exanthema volt jelen, a mely pityriasis rosea Gibert-nek bizonyult. Az eset a gyakorló orvos szempontjából annyiban nevezetes, hogy egy kétségtelenül syphilisben szenvedő egyénél oly szakban, a midőn luesnek secundær nyilvánulását szoktuk várni, olyan exanthema jelenik meg a törzsen, a melynek a syphilishez semmi köze sincs, de a mely hozzá nagyon hasonlít. A pityriasis rosea Gibert — a bécsi iskolának herpes tonsurans maculosus — gombabetegség, a mely cyclickusan lefolyó baj és esetünkben csak accidentalisan társult egy meglévő syphilishez.

Nagyfokú favus két esete a fejen és a köztakaró többi részén.

Huber Alfréd: Mindkét beteg f. hó 4-dikén vététt fel Róna tanár osztályára. Az egyik beteg 11 éves fiú, a ki baját 4 év előtt acquirálta; a baj eredete nem deríthető ki pontosan. Csak annyi tudható meg az anamnesisből, hogy beteg azon időben nyirkos pinzelakásban lakott, oly lakásban, a hol emberekkel együtt kutya is lakott. A favus, mint látható, elérte az egész hajzatos fejbőrt és a legtöbb helyen már kopaszszághoz is vezetett.

Erdekes, hogy betegnél a köztakaró többi részén is van számos olyan exanthema, a mely a favusszal nexusban áll. Körmei épek.

A másik beteg egy Duna-Vecsére illetékes 15 éves leány, a ki testvérével együtt 3 évvel ezelőtt acquirálta baját a dunavecsei népiskolában, a hol beteg állítása szerint 2—3 növendék hasonló baj miatt állandóan bekötött fejjel jár iskolába. A favus ezen esetben is az egész hajzatos fejbőrt lepte már el, de nem vezetett még olyfokú kopaszszághoz, mint az előbb bemutatott fiú esetében. Erdekes itt is a bántalomnak a köztakarón és a bal kéz ötödik ujjának körmen való localisatioja.

Tekintettel arra, hogy utóbbi esetben valószínű, miszerint a bántalom fellépése favusban szenvedő iskolás gyerekekkel való érintkezés következtében támadt, tekintettel továbbá arra, hogy a favus súlyos természetű megbetegedés, a melynek azonban óvó rendszabályokkal biztosan elejét lehet venni, talán nem volna fölösleges ez esetben a Duna-Vecsén iskolába járó favusos gyermekeknek kötelező gyógykezelését és az iskolából való kiközösítését elrendelni, nehogy a baj nagyobb mérvet öltön.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A medullaris anaesthesia használatáról a szülészetben tartott előadást Guéniot a párisi „Académie de médecine” január 22-diki ülésén. 19/0-os cocain-oldatból egy köbcentiméternek befecskenedezése az arachnoidea alá, a lumbaris tájon, teljes érzéstelenséget okoz a köldöktől lefelé. Szülőnőnél úgy a méhösszehúzóerő okozta fájdalom, mint a magzatnak a szülőúton való menetele által feltételezett fájás nem jelentkezik. A cocain hatása átlag másfél óráig tart. Az egyedüli mérgezési tünetek, a melyeket eddig észleltek, a következők voltak: reszketés vagy göresök a végtagokban, muló fejfájás, nem erős hányás és kiskökö, hőemelkedés. A medullaris anaesthesia ellenjavallt oly nőknél, kik szívban vagy a nagy véredények megbetegedésében szenvednek, továbbá a légzőszervek és az idegközpontok idült zavaraiiban szenvedők-nél, úgyisint, ha a teljes aseptis létesítése nem vihető keresztül. Minthogy a cocain kifejezetten fokozza a méhösszehúzóerőt, használata az olyan esetekben is ellenjavallt, a melyekben az erős méhösszehúzóerő hátrányosak volnának (például rohamos szülés, túlságos gyakori erős összehúzóerő, a kéz bevitelének szükségessége a méh-üregbe). A medullaris anaesthesia javallatai a következő pontokban foglalhatók össze: 1. Érzéstelenséget kívánó szülészeti műtétek, kivéve azokat, melyeknél kézzel kell a méh üregébe hatolni. 2. Túlságosan erős fájdalom. 3. A méhösszehúzóerő gyengéssége és szabálytalansága által feltételezett hosszú szülés. 4. Hajlandóság vérzésekre.

Ugyanezen testület egy héttel később tartott ülésén Porak számolt be 10 esetben szerzett tapasztalatairól. A kivétel szülőnőknél

szerinte nem könnyű, 4 esetben nem sikerült. A többi 6 esetben feltűnő eredményt ért el; 5—6 perc múlva a diaphragmától lefelé teljes érzéstelenség állott be, a mely elég hosszú ideig tartott, hogy a szükségelt műtétek (3 symphyseotomia és 1 perineorrhaphia) elvégezhetők legyenek. Egy esetben rendkívül heves fájások miatt használta a módszert; a fájások megszűntek, a nélkül, hogy a méhösszehúzóerő intenzitása fokozódott volna. Az eljárást különben csak szülészeti műtéteknél találja javalltnak; az érzéstelenség aránylag rövid tartama miatt rendes szülésnél alkalmazása nem járhat nagy haszonnal.

A térdkalács kiirtásának esetét ismertette Berger a párisi „Académie de médecine” január 22-dikén tartott ülésén. Az illető beteg-nél hosszú évekkal azelőtt esés folytán a patella osteitise keletkezett, úgy hogy végtagja használatlan lett és időnként rendkívül heves fájások jelentkeztek benne. Előadó 1899. június havában végezte a műtétet: a patella kiirtása után a triceps inát odavarrta a ligamentum patellae-hez és a térdizület oldalszalagjaihoz. A végtagot azután rögzítette és elevált helyzetben tartatta 15 napon át, majd lassanként a víz-szintes helyzetbe hozta. Körülbelül 50 nap múlva a beteg járni kezdett, majd pedig térdét massálták, az izmokat pedig villamozták. Az illető egyén jelenleg egészen jól használja végtagját, hosszú sétákat tehet minden fáradtság, fájdalom és bicezés nélkül; térdét 90°-nál kisebb szögig tudja behajlítani.

PÁLYÁZATOK.

1448/1901. kig. szám.

Lemondás folytán üresedésbe jött a nagy-czétényi körorvosi állás.

A körorvos évi fizetése 1200 korona, fuvarátalánya 120 korona, azonkívül természetbeni lakást élvez. A fizetés és fuvarátalány havi egyenlő részletekben a vármegyei házi pénztárból fizetetik.

Pályázni kívánók kérvényeiket nálam folyó évi márczius hó 31-dikéig benyújthatják, a legelsőben jelentkező nyomban helyettesítő lesz.

Nyitra, 1901. évi február hó 13-dikán.

Majthényi, főszolgabíró.

Szatmár vármegye, nagykarolyi járás főszolgabírójára a lemondás folytán megüresedett ér-endrédi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi kör székhelye Ér-Endréd, mely gyógygyózzertárral bír.

Eme körhöz tartozik hét község.

Javadalmazás: 1. Évi készpénzfizetés az úti átalánnyal együtt 1200 kor., mely évnegyedenként a vármegyei pénztárból utaltatik ki. 2. Látogatási díj körutazások alkalmával 1 korona.

Körutazásokon kívül magánhívásokra: 3. Ér-Endrédn nappal 1 korona, éjjel 2 korona. 4. Dengelegen nappal 2 korona, éjjel 4 korona. 5. Irinyben nappal 3 korona, éjjel 5 korona. 6. Porteleken nappal 3 korona, éjjel 5 korona. 7. Vezend nappal 3 korona 60 fill., éjjel 6 korona. 8. Mező-Petri nappal 4 korona, éjjel 6 korona. 9. Ér-Körtvélyesen nappal 4 korona, éjjel 6 korona.

A körorvos a kör székhelyén köteles a halottkémi teendőket ellátni esetenként 1 korona díj mellett.

Köteles a körorvos az előjáróság által igazolt vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni.

331/K. I. 901. sz.

A lemondás folytán megüresedett bilkei körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. A körhöz 8 község tartozik Bilke nagyközség székhelyével. Javadalma a szabályszerűleg megállapítandó látogatási díjakon kívül a vármegyei pénztárból utólagos negyedévi részletekben fizetendő évi 800 koronából s a községek által fizetendő évi 200 korona fuvardíjból áll.

Pályázni kívánó orvosok felhivatnak, hogy szabályszerűen felszerelt s az 1883: I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt képesítést igazoló okmányokkal ellátott folyamódványaikat hivatalomhoz f. évi márczius hó 15-dikéig beterjesztsek.

A választás a bilkei jegyzői irodában f. év márczius hó 20-dikán d. e. 10 órakor fog megtartatni.

Bereg-Ilosva.

Komlóssy György, főszolgabíró.

542/K. I. 901. sz.

A lemondás folytán megüresedett u. n. hátmegek-kisalmási körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. A körhöz 35 község tartozik Hátmegek székhelyével. Javadalma a szabályszerűleg megállapítandó látogatási díjakon kívül a vármegyei pénztárból utólagos negyedévi részletekben fizetendő évi 1200 koronából s a községek által fizetendő évi 500 korona fuvardíjból áll.

Pályázni kívánó orvosok felhivatnak, hogy szabályszerűen felszerelt s az 1883: I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt képesítést igazoló okmányokkal ellátott folyamódványaikat hivatalomhoz f. é. márczius hó 15-dikéig beterjesztsek.

A választás a jegyzői irodában f. év márczius hó 21-dikén d. e. 10 órakor fog megtartatni.

Bereg-Ilosva.

Komlóssy György, főszolgabíró.

105/901. főisp. szám.

A kormányzatomra bízott Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a járási orvosi állás elhalálozás folytán üresedésbe jöven, ezen Konca község székhelyhez kötött, 1200 korona évi fizetés és 300 korona évi úti átalánnyal díjazott járási orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok és felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy családi állapotukat, eddigi alkalmaztatásukat, minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat hozzám márczius hó 25-dikéig annál is inkább terjesztsek be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veve.

Nagy-Enyed, 1901. február hó 18-dikán.

Alsófehér vármegye főispánjától:

3-1

Zeyk Dániel, főispán.

S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. Imre József dr.: A trachoma-ügy és a szemkórházak. — Leitner Vilmos dr.: A cupragról. — Falta Marcell dr.: A trachoma gyógyítása iethargiával. — Irodalom-szemle. — Vegyesek.

A trachoma-ügy és a szemkórházak.

Irta: Imre József dr., a h.-m.-vásárhelyi Erzsébet-szemkórház főorvosa.

A m. kir. belügyministerium közelebbi időben egy füzetet adott ki,¹ melyben beszámol arról, mit tett 17 év alatt a trachoma ellen; hogy mit miért tett s a mit nem tett, miért nem tette. Bármely okból keletkezett e 27 lapos beszámoló, köszönettel tartozik a belügyministeriumnak mindenki, a ki e nagyfotosságú és nagy nyilvánosságot követelő ügy phasisai és adatai iránt érdeklődik. Sok adatot ugyan nem találunk e munkában, sőt mint bátor lesznek megemlíteni, a trachoma-ügy hazai állását belőle épen nem lehet megismerni; de kiválóan alkalmas arra, hogy a belügyministerium gondolkodását, rendszerét és a jövőre vonatkozó terveit megtudjuk. Ennek pedig van olyan jelentősége, mint bármely adathalmaznak. Az a nagy elismerés, melylyel a közegészségügyi szakértőjének a trachoma ügyében kifejtett működéséért adózunk, az az öröm, melyet ugyanily elismerésnek a külföldön való megnyilatkozása nekünk magyaroknak okoz, nem nyomhatja el sem az érdeklődést a belügyministerium tervei, sem a kritikát az eddigi eljárás esetleges hiányai iránt. A trachomaügyben oly sok jó dolog történt már, hogy a róla gondolkozó szakember az egésznek nem okozhat már kárt kifogásaival vagy eltérő nézeteivel, csak hasznát a részletek esetleges tökéletesítésével.

A füzet különösen bőven foglalkozik a trachomaügy nehézségeivel, azon akadályokkal, melyek az óvó és gyógyító eljárások sikerét gátolják; ezek magyarázata szinte mentegőtőzessé alakul. Pedig azon kijelentést, hogy „a trachomát néhány év alatt kiirtani, illetve a rendes mederbe visszazorítani nem lehet; arra több generáción át folytatott munka szükséges”, minden szakorvos aláírja s az ellenkezőt senki sem követeli. A belügyministerium helyzete e téren elég nyugalmas; a munka eszközei meg vannak adva, eredményei ellenében komolyabb elégtelenség nem nyilvánult s a trachoma-elleni intézkedésekre vonatkozólag is, tudtommal, csak igen gyér és ártatlan felszólalások történtek; ezek sem azt rosszalták, a mi történt, hanem javasoltak még ahhoz olyanokat, a mik nem történtek s a miket a rendszer tovább fejlesztésére alkalmasaknak gondoltak. Ebben a nyugalmas helyzetben, mint e jelentésből látható, a belügyministerium tovább haladt a maga útján; az utolsó 8 év alatt erősebbé tette s jobban kiterjesztette a trachomaügyi eljárást; ezen idő óta keletkezett *nyolcz trachoma-kórház*, a budapesti szt. István-kórház trachomás osztálya, tehát a trachomában szakértő orvosok kiképzésének központja s ezenkívül 1899-ben 42 állami trachoma-orvos volt alkalmazva és 18 körorvos kapott e bajban szenvedők kezelésére külön rendes fizetést. Ezen idő alatt fejlődött a hódmezővásárhelyi szemkórház is odáig, hogy a belügyministerium évi 2000 korona segélye alapján új épületet emelhetett s ágyait 40-re szaporíthatta. Az utóbbi években lett bizonyos tekintetben mintája a mi eljárásunk Poroszországnak (úgy hogy Greeff berlini rk. tanár 1897-ben Danzigban tartott cursusaiban a magyarországi trachomaelleni hatósági eljárást rendszeresen tárgyalta) és legutóbb az is kiderült, hogy Torontál-megye három déli járásában már csak 1·2%-a trachomás a lakosságnak, nem 4·5% mint 1883-ban, tehát 16 évvel előbb.

¹ A trachoma-ügy Magyarországon 1883—1900-ig. Közzéteszi: a m. királyi belügyministerium. Budapest, 1900.

A belügyministerium azonban úgy látszik még sem igen elégedett a helyzettel; a kiadott füzetben olyan panaszok vannak a közönség, a hatóságok és orvosok ellen, melyek erre mutatnak s melyek mindnyájunk tapasztalása szerint alaposak. „Legtöbbnyire még az intelligensebb beteg is megunja a hosszú gyógykezelést... Ily rendetlen gyógykezelés mellett, még ha szakavatott kéz is végzi — mely azonban nem mindenütt áll rendelkezésre — végleges és alapos gyógyulás csak aránylag kevés esetben érhető el.” (7. l.) „Hogy azon betegekkel szemben, kiket a hatóság kényszerít a kórházba menni, az említettek kivül még milyen nehézségek merülnek fel, azt legjobban illusztrálja a beteg és orvos közt folytatott harc vége — a beteg szökése a kórházból” (8. l.), „... az illető községi vagy körorvos különböző okoknál fogva nem mindenütt alkalmas ezen működésre” (18. l.), „... az illetékes hatóságok csak későn idézik maguk elé az orvosok által bejelentett mulasztó betegeket” (u. o.), „sőt aggodalommal nézünk a jövőbe, mivel az ország többi részeiben sem pótolhatók az állásukat elhagyó állami trachoma-orvosok” (19. l.).

Valóban igen nagyok a trachoma-ügy nehézségei. Talán semmi sem illusztrálja jobban, mily tanácstalanul áll a legszakértőbb ember is a gyakorlati eljárás nehézsége előtt, mint az a csodálatra méltó ötlet (mely azonban költségességénél fogva „nem lesz sokáig folytatható”, meg azért sem, mivel e czélra alkalmazható szakképzett orvosok hiánya miatt már az eddigi 6 orvos sem bocsátható Szeged városnak rendelkezésére), hogy Szeged külterületének egy részén állami trachoma-orvosok utaznak tanyáról tanyára, lakásukban keresve fel a betegeket, a kiknek, ha dolga van, otthon sem várhatják meg s ha nincs, hozzájuk is elmehetnek. Az ilyen rendszer az eszközökben való legnagyobb megszorultságot mutatja s a ki a parasztság eszejárását ismeri, tudja, hogy ezzel az egész ügy kompromittálható, mert az ily módon köteleességétől (az orvoshoz eljárástól) felmentett beteg, kinek „helyébe megy” az orvos, annál kevésbbé fogja azt hinni, hogy neki érdeke és kötelessége szeme gyógyítása végett bizonyos terheket viselni.

Ebből a füzetből magából kiderül, hogy a legnagyobb bajok a következők: 1. a trachomás emberek legnagyobb része nem veszi baját komolyan és nem bizik a gyógyítás hasznában; 2. nincsen elég képzett orvos a baj ellen való sikeres eljárásra; 3. a trachoma hosszú baj, melynek állandó kezelése gazdasági okokból is ritkán lehetséges; 4. a hatóságok közreműködése nem kielégítő. Ezeknek a tudása indított engem arra, hogy 1893-ban előadást tartsak a budapesti kir. Orvos-egyesületben „A trachomások meggyógyítása” czimen, melynek befejezéseül, úgy gondolom, elég szerényen, bár nyíltan, némi bírálatot gyakoroltam a trachoma ellen addig történt intézkedéseken s egy pár olyan javaslatot tettem, melyeket az Orvos-egyesület helyesnek talált s a nagym. Belügyminister úrhoz intézett emlékiratban megfontolásra és elfogadásra ajánlott. A javaslat lényege az volt, hogy a nép hajlandóságát baja gyógyítására meg kell nyerni sok jó eredmény felmutatásával s hogy az lehető legyen, jól képzett szakemberekre kell bízni a súlyosabb esetek kezelését, a községekben működő orvosok ellenőrzését és vezetését s hogy ilyeneket évről évre nagyobb számmal lehessen kapni, apránként több kis (mintegy 30 ágyas) szemkórházat kell felállítani a trachomaelleni eljárásra megszavazott összegből. Kimutattam, hogy egy ily szemkórház mibe kerülne, mennyi munkát végezhetne s hogy a mennyiben

a vezető szemorvosokat a nyújtott díjazással (a mostani trachoma-orvosokénál nem nagyobb!) az általános orvosi gyakorlattól fel lehetne menteni, az ország egy része rövid idő alatt szemorvosokkal lenne ellátva, kik egy nagy csapás (a trachoma) révén egy nagy cél: a vakság elleni küzdelem szolgálatában nagy nemzeti missiót teljesítenének.

Látható, hogy ebben a javaslatban semmi erőszakos, semmi lényegileg új nincs, csak az a módosítás, hogy az egész trachoma-ellenes eljárásban legfőbb szempontnak, mintegy sarkpontnak az *avatott gyógyító eljárást* tekinti s hogy azokat a szemorvosokat, kikre ez bizatnék, beiktatni kívánja a mozgósított apparátusba, úgy hogy míg addig ez ügyben *egyellen egy* szakember működött, e szerint többnek s a néppel közvetlenül érintkezve kellene működni. Hogy ez a gondolat nemcsak az Orvosegyesületnek, hanem 4 év múlva Poroszország némely szakemberének is jónak látszott, alább feltüntetem.

A belügyminisztérium szóban levő füzeté hosszasan foglalkozik az Orvosegyesület felterjesztésével, oly módon s olyan célzattal, hogy ezt nekem, kinek előadása az egyesületet ama felterjesztésre indította, szó nélkül hagynom nem lehet. Magamat is tartozom megmenteni azon (8 évvel később támasztott) gyanútól, hogy meg nem fontolt javaslatokkal egy tekintélyes társulatot tévútra vezettem s a belügyminisztériumtól közölt számok és állítások értékét is tartozom megvilágítani, a mennyiben e tárgyra vonatkoznak. A füzet 20–24-dik lapjain találjuk e magában véve jelentéktelen, de a belügyminisztériumnak e róla közölt fejtegetésével érdekessé vált ügy előadását.

A füzet 20-dik lapján ez van: „Az 1893. évben a budapesti kir. Orvosegyesület, midőn a trachomaelleni eljárásról *azt kifogásolta*, hogy a trachoma-betegek *gyógykezelésre kényszerítettek*, illetve különbeni büntetés terhe alatt erre köteleztettek” stb.; de ez nem felel meg a történeteknek. Az O. E. emlékiratának szövegére nem emlékszem, de előttem van az én előadásom szövege,¹ melynek amazzal lényegileg azonosnak kell lenni s látom, hogy a kifogások egészen mások. A kényszerítést illetőleg nekem épen egyik *panaszom* az, hogy „ha én, ki a múlt évben (1892) 120 helybeli trachomást kezeltem, mégis csak 14-et tudtam végleg meggyógyítani, ennek az az oka, mert az *ismételt jelentések után sem voltak az emberek a bejárásra kényszerítve*” (i. m. 95. l.). Nem fontos ez, hiszen eszembe sem jut az a szerénységtelenség, hogy az én előadásom ismerését, elolvasását feltegyem a belügyminisztériumról, mely az O. E. feliratáról szól. De mint mindjárt látni fogjuk, ezt magam érdekében kellett idéznem.

Alább ezt olvassuk: „Ezen javaslat, a mennyire helyesnek látszott is elméleti szempontból, úgy gyakorlatilag mit sem ígért. Hiszen fel sem tehető, hogy a paraszt vagy munkás, ki azt sem hiszi, hogy szemének baja van, csakis az orvos iránti bizalomból ismételtelen ott hagyja családját és kenyérkeresetét, hogy a kórházban az egészségesnek vélt szemén kaparást, metszést és égetést végeztesen, haza érkezve, pedig falujában is szorgalmasan látogassa a rendelést, míg az orvos őt tökéletesen gyógyultnak nyilvánítaná.” Továbbá, mivel a betegek 90%-ának nincs fájdalma, nincs „látózávara”, ezek „a legkitünőbb szemorvos kedvéért” sem fognak *önként kórházba menni*, inkább elmennek a falusi orvoshoz, ki úgyis mindazt végezheti, mire szükségük van. „A tapasztalat tehát ellene szól annak, hogy ezen úton a trachoma-tájkór meg lenne szüntethető vagy alább csökkenthető.” Felemlítettük, hogy Budapesten „elég híres szemorvos van, mégis több száz trachomás nem gyógyíttatja szemét; hogy Szabadkán, Szegeden is van, meg H.-M.-Vásárhelyen nagy szemkórház s mégis „a trachoma-tájkór megszüntetésére semminemű befolyást nem gyakoroltak”. Végre elmondatik, hogy „mindamellett azonban, hogy ezek a tapasztalatok eléggé megvilágították azt, hogy a budapesti Orvosegyesület javaslata a gyakorlati életben eredménytelen, a belügyminister mégis a javaslatot tevő tekintélyes egyesület iránti tekintetből a javasolt irányban kísérletet óhajtott tenni”; ennél fogva megbízott engem Hódmező-Vásár-

hely trachoma-ügyének vezetésével; „de ő is (e sorok írója) csakhamar azon meggyőződésének adott kifejezést, hogy kényszer alkalmazása nélkül a baját felfogni nem tudó néppel nem lehet boldogulni és — a trachomának nem volt képes gátat vetni”. Ennek bizonyítására fel vannak sorolva Hódmező-Vásárhelyről a trachomások számadatai, melyek szerint 1892-ben 127, 1899-ben 440 trachomás beteg volt és 141 gyanús.

Kénytelen vagyok kifejtteni, hogy sem az okoskodás, sem a közölt számok *nem bizonyítják* azt, mit velők bizonyítani akarnak. Hogy Budapesten, melyre a javaslat nem vonatkozott, mit „ígért”, nem tudom; hogy nálunk *bekövetkezett* az, mi „fel sem volt tehető”, azt a vezetésem alatt álló szemkórház trachomás forgalma mutatja, melyet alább közlök. Hogy a megnevezett három vidéki szemgyógyintézet (melyek egyike állami trachoma-kórház, másika egy nagy kórház osztálya) nem tudta a trachomát megszüntetni — nem csoda; józanul senki sem várhatta tőlük, mikor a belügym. is „több generáción” át folytatott munkától várja ezt s az intézetek ketteje egy évtizede is alig van; egyik, a trachoma-kórház, azonban talán tehetett volna valamit, hiszen ez nem szemkórház. Mindezen tapasztalatok azonban *nem derítik ki* azt, hogy az O. E. javaslata „eredménytelen”, hiszen 1893-ban nem voltak sem szem-, sem trachoma-kórházak. Ezért bajos nyolcz év után bírálni s itélni el egy javaslatot.

Rám nézve legfájdalmasabb az a megtisztelő megbízatás volt, melyet 1893-ban a trachoma ügyében kaptam; azért, hogy — mint a belügyminisztériumhoz intézett nyilatkozatomban kifejtettem volt — ama kísérletre sem városunk, *sem én* nem voltunk alkalmasak. A város azért nem, mert közigazgatása igen nehézkes, a rendőrség tekintélye igen gyenge s *én* magam azért, mert nem a szemészetből, hanem általános gyakorlatból élek s a szemkórházbeli nagy munkát, mint (helytelenül) önként vállalt dolgot nagyon megszorítani nem lehettem hajlandó. A hogy én a teendőket elképzeltem, a bejegyzések, a nyilvántartás, az elmaradozók jelentése, a betegek állapotának, a kezelési eredményeknek protokollálása, a betegek lakási és családi viszonyainak személyes kutatása, igazolványok, hivatalos közlemények írása *külön*, egész embert kívánna, a hogy kifejtettem volt. Elmondva ezeket, ajánlkoztam az ügy „vezetésére”, hiszen úgyis az én kezem közt volt már addig is a munka komoly része, de *azonnal* (és nem „csakhamar”) kívántam, hogy a rendőrség a pontos közreműködésre utasíttassék, a mi meg is történt. Azonban rögtön sejtettem, hogy e megbízatás rossz folytatást kap: javaslataim haszontalanságának bizonyításaként fog felhasználtatni. Ime, a mit a belügyminisztérium önmagától csak *több nemzedék* után enged követelni, azt tőlem már bekövetelte, sőt mint insolvens adóst, el is ítélte. Az ítélet ellen nem felelbezek; hiszen eszemben sincs, hogy személyes kisebbitést lássak ez elbánásban, ahhoz most is elég kicsiny vagyok. De azok a *gondolatok*, melyek ellen irányul a szóban levő kiadvány bizonyítása, mai meggyőződésem szerint is *közhasznúak* lehetnének, tehát hozzájuk ragaszkodom s mellettök felhozom a magam védő érveit.

A városunkban levő trachomások száma egészen hibás; mert rendőrségünk képtelen arra, hogy segítségemre legyen. Ugyanis: olyan helyen, hol a rendőri segítség gyenge vagy semmis, sohasem lehet tudni, hogy a kezelésből kimaradtak milyen állapotban vannak. Rendesen azok maradnak el, kik már nagyobb mértékben javultak s ezekhez a nem csekély számú spontán gyógyultakat hozzá számítva, *bizonyos*, hogy a régen nem látott betegek tetemes része nem trachomás többé. Jobb volna a viszonyokat pontosabban tudni, de nálunk *nem lehet*, mint ezek az adatok mutatják.

	1899-ben	1900-ban
Elmaradt trachomást bejelentettem	434-et	388-at
Ezek közül megjelent	136	93
Közülök gyógyult volt	39	25
Meghalt	5	4
„Nem találtatott” és „elköltözött”	124	107
Értesítést kapott, de <i>nem jelent meg</i>	169	184

Ezek a számok egyfelől a rendőrség személyzetének eljárását jellemzik kedvezőtlenül, másfelől az emberek közö-

¹ Klinikai füzetek. III. 1893.

nyősségét és makaességát mutatják; de egyszersmind azt is, hogy a városunkban *valósággal* trachomában szenvedők számát a hivatalos adatokból tudni nem lehet; én valószínűnek tartom, hogy a meg nem jelentek közt *sokkal több* a gyógyultak száma, mint a megjelentek közt. Ebből a számsorból, melyet a belügyministerium közöl, nem lehet tehát azt következtetni, hogy szemkórházunk a trachoma ellen nem tett semmi jó szolgálatot.

Ha valaki a h.-m.-vásárhelyi szemkórház *forgalmát* egy kis figyelemre méltatja, be kell látnia, hogy évről évre nagyobb mértékben fordulnak hozzá *önként* trachomások. Ime az adatok. *Vidéki* trachomás beteg (kik közt évenként 10—15 hadköteles van, hivatalosan küldve, de a többi maga jószántából jó és *soha sem szokik* meg egy sem) volt:

	a kórházba felvéve	ambulansok közt
1891-ben	93	29
1892-ben	116	17
1893-ban	137	39
1894-ben	140	59
1895-ben	93	26
1896-ban	140	46
1897-ben	149	30
1898-ban	182	50
1899-ben	233	76
1900-ban	213	87
Összesen	1496	459

Természetes, hogy néhány ember kétszer vagy többször is fordult meg a felvett betegek közt, de viszont az ambulansok közzé a felvettek be nem iratnak.

Nem tudom, van-e benne szerénységtelenség, de én úgy a számok nagyságát, mint gyarapodását nem tudom másnak tulajdonítani, mint hogy nekem, a magam körében, jóakarátú s nem sikertelen munkával sikerült kivivnom azt, miről a belügyministerium azt mondja, hogy „fel sem tehető“ a betegeknek és nemcsak az imminens veszélyben forgóknak, hanem a komplikálatlan trachomásoknak is *önkéntes kórházba jövetelét*. Hogy ezzel *mennyi szolgálatot* tettem (tehát mennyi szolgálatot tett egy „szemkórház“, melytől nem várnak nagyobb hasznót), bizonyára nem tudható e számokból (de nem tudható a

jelent. *Hirschberg* és *Greeff* osztályozása sem elégíti ki, mert tisztán gyakorlati célja van. Míg én úgy gondolom, a trachoma *alakjainak* lehető elkülönítésével talán valaha oda juttatom magamat, hogy a trachoma *fajait* és ezek kezelése módját, prognózisát, sőt esetleg terjedése módját is jobban megkülönböztethetem. Én ugyanis a leggyakoribb alakot tévén elől, I. számmal jelelem a trachoma *vegyes* alakját: az egész conj. gyuladt, a conj. tarsi túltengett, tarsus vastag papillák és trachomacsomók vannak jelen; II-vel jelzett a *tisztán follicularis* idült trachomát: gyuladt, vastag conj., sok csomó, de *sima* conj. tarsi és vékony tarsus. III. számot kapott az *acut* trachoma, mely a follicularis, IV-et azon heveny lob, mely a papillaris alakot látszik felvenni; V. számmal jelzem a *gyanus* eseteket: vékony conj., kevés vagy semmi váladék, gyér tüszőképződés minden részen stb. Ezen alakok gyakorisága ilyen volt:

	I.		II.		III.		IV.		V.	
	Gyógyult	Javult	Gyógyult	Javult	Gyógyult	Javult	Gyógyult	Javult	Gyógyult	Javult
1899	25	83	18	86	4	10	—	23	4	—
1900	29	118	19	34	6	7	3	16	1	—
Együtt	54	201	37	120	10	17	3	39	5	—

Ez a néhány szám mutatja, hogy (bár a legsúlyosabb heveny alakok igen ritkák nálunk) nem a legcsekélyebb munkát adó, jobb indulatú alakok voltak többségben, hanem azok, melyeknél a változások mélyrehatóak és súlyosak, legtöbbször régiiek is. Látható az is, hogy csupán „gyanus“ eseteket ritkán veszek fel, majdnem kizárólag azokat, melyeket a sorozó bizottságok küldenek kórházba.

Azt lehetne gondolni talán, hogy mivel a trachomás *önkéntes* kórházba menése — legalább a betegek $\frac{9}{10}$ -éről — „fel sem tehető“, talán csak a hasznót már nem tevő öregeket vagy kis gyerekeket küldik oda. Én állítom, hogy a munkás ember munka idején is jó, ha bajt érez s ha nem érzi is, de tudja: eljő, mikor munkája engedi. Pedig *ennél többet* senki sem kívánhat. Nézzük betegeim *korszerinti megosztását az utolsó három évről*:

Kor	0—5		5—10		10—15		15—20		20—25		25—30		30—40		40—50		50—60		60—70		70—	
Nem	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
1898	—	1	6	7	2	13	8	16	38	6	22	2	18	5	17	8	9	7	5	3	2	1
1899	3	2	3	10	6	11	21	23	48	12	18	4	14	15	14	7	7	13	13	3	5	1
1900	1	—	2	8	8	17	11	27	30	7	8	—	20	16	18	16	16	13	3	7	4	1
Összegek . . .	7		36		57		106		141		54		88		80		65		34		14	

„trachoma-kórházakról“ sem). Hanem talán közelebb jutunk a tett haszon megismeréséhez, ha a *gyógyultak* számát vizsgáljuk. A lefolyt 10 év alatt kórházilag kezelt 1496 *vidéki* trachomás közül gyógyultan bocsátott el: $21+22+58+51+27+42+33+77+51+58=440$; a szintén kórházba felvett 120 helybeli trachomás közül 10; együtt = 450, vagyis az egész szám (1616) 27.8% -a. Hozzá teszem, hogy gyógyultnak bejegyezni csak olyan szemet szoktam, melyen a kötőhártya *sima* és vékony, a tarsus nem vastag, váladék már nincs; úgy hogy én meg vagyok győződve, a visszatérőkön tett tapasztalatokból, hogy sokkal (talán 15% -al) több gyógyul meg végleg kezelésem által.

De, hogy a vezetésem alatt levő *szemkórház* milyen és mennyi szolgálatot tett a trachoma ügyében, annak jellemzésére fel kívánom tüntetni, hogy az *utolsó két évben hogyan oszlottak meg a kórházba felvettek a trachoma alakjai szerint*. Évek óta szokásom *öt* alakját megkülönböztetni a trachomának; nem elégedve meg a hazai hivatalos kifejezéssel, mely „tökéletes trachomát“ és „kisfokú trachomát“ distingvál, sem a porosz szabályzat négy alakjával, melyben a *hurut* is benne van s a „Gr. I.“ meg „Gr. II.“ csak fokozati különbséget

Látjuk, hogy a korosztályok arányosan (a trachoma gyakorisága és az életben levők aránya szerint) vannak reprezentálva; legfeltűnőbb előttem, hogy a nők jóval kevesebben vannak. Az a *meghódítás* tehát, mely egy ilyen baj ellen való küzdelem fő célja, az én esetemben minden korosztályra kiterjedt.

Azt mondhatná valaki, hogy sok idő alatt túlságos költséget okozva tette a mi szemkórházunk, a mi keveset tett. Fogalmam sincs róla, hogy más intézetek, pl. az állami trachoma-kórházak mennyi trachomást, mennyi időn át s mennyi költséggel kezelnek; de némely külföldi intézetből ismervén efféle számokat, bátor vagyok megemlíteni, hogy a trachomás *átlagos ápolási ideje* szemkórházunkban 1899-ben 25.9 volt (273 kezeltre esett 7060 ápolási nap). Ez nem sok és egyúttal azt is bizonyítja, hogy azok, kik nem trachoma-kórházakat, hanem szemkórházakat szeretnének látni ezen ügy szolgálatában, *nem azonosak* azokkal a „szakemberekkel“, kik a belügyministerium füzete szerint minden trachomást, egészen a meggyógyulásig kórházakban szeretnének tartani.

Előttem egyik legfontosabb jelenségnek látszik, bár egyelőre nem tudom számokkal igazolni, hogy — mint minden szembajjal — a trachomával is *hamarabb* keresik fel

szemkórházunkat a betegek, mint régebben. A blennorrhoea neonatorum, a kankós szemgyulladás, a glaucoma, a súlyos sérülések esetei még vidékről is korán jutnak hozzám legtöbb esetben s elhanyagolt eseteket sokkal ritkábban látok mint 5—6 év előtt is; így van a trachomával is.

* * *

Az eddigiekben előadva, miért nem gondolom azt, hogy a budapesti kir. Orvosegyesület felszólalása felesleges, semmit sem ígérő és haszontalan volt, sőt a h.-m.-vásárhelyi szemkórházról miért hiszem, hogy hasznos tesz a trachoma ügyében, — kötelességemnek tartom feltüntetni, hogy mások is vannak és pedig elsőrendű szakemberek, azon véleményben, melyet az O. E. kifejezett volt 1893-ban.

Hirschberg, a legnagyobb eszű német szemorvosok egyike, berlini tanár, a trachoma elleni rendszabályokról szólva, ezeket mondja: ¹ „A szemészes kötőhártyalob lekiűzdésére keleti és nyugoti Poroszországban a betegeknek sokkal kiterjedtebb orvosi kezelése szükséges, mint eddig nyújtható volt; egyfelől tapasztalt szemorvosokat kell e célra alkalmazni, másfelől a tartomány összes orvosait fel kell használni segítségül. Ajánlatos legelőbb is, állami költségen, legalább négy szemgyógyintézetet állítani fel és ellátni gyakorlott szakorvosokkal; talán Königsbergben, Danzigban, Königsban és Lyek-ben (vagy más alkalmasnak látszó helyeken).“ „A tartományi szemorvosoknak úgy a szemészetben általában, mint kiváltképen a trachoma kezelésében egészen jártasnak, nem nagyon fiataloknak, bizalmat keltőknek kell lenni, kielégítő fizetést kell kapni, nyilvános ingyenes rendeléseket kell tartani, a szükséges műtéteket díjtalanul kell végezni; azonkívül mindegyiknek be kell utazni a maga köré, a városokban az orvosokkal együtt rendelő órákat kell tartani a trachomások részére, a súlyos eseteket a tartományi szemgyógyintézetbe beutalni s a többieknek helyi kezelését nemcsak elkezdeni („einleiten“), hanem a helyi orvosokat ebben gyakorlatilag utasítani. Hivatalos orvosok (járási, községi, kórházi orvosok) és más olyanok részére, kik ezt kívánják, 14 napos cursusokat kellene tartani Königsbergben s ha lehet Danzigban is.“

Ha valaki figyelemre méltatja az én 1893-ban megjelent fejtegetésem erre vonatkozó pontjait (Klinikai Füzetek 1893. III. 92—94. l.), látni fogja, hogy a Hirschberg gondolkodása az enyémmel s az O. E. felterjesztésével azonos; a belügyministeriumhoz intézett emlékirat tartalma talán még sem volt hát olyan „semmit sem ígérő“.

Egészen hasonlóan fejezi ki véleményét Greeff rk. tanár s a berlini Charité szemészeti osztályának főorvosa is. ² „A járvány korlátozására lehetőleg sokak erejét kell felhasználni. De abból a körülményből, hogy a súlyosabb, gyakran csak bonyolult operatív kezelésnek engedő alakok gyógyítására korán sem minden gyakorló orvos képes, az ilyen alakokra nézve bizonyos központok (Centralstellen) szükséges volta következik, melyek tapasztalt specialisták vezetése alatt állanak. Ezek a központok feltétlenül szükségesek. Minthogy a szóban levő betegség a szem betegsége, a járványtól lepett vidékeken a legfőbb vezetést és a súlyos esetek kezelését jól képzett szemorvosok kezére kell bízni. Ezek nemcsak feltűnően többre tudnak menni, mint mások, hanem azzal, hogy a kórfolyamatot tetemesen megrövidítik, az államnak és a községeknek nagyobb mérvű költségeket is kímélnek meg.“

A porosz cultusministerium e két megbízottjának ilyen nyilatkozata megnyugtathat bennünket, hasonló gondolatok magyarországi kifejezőit az iránt, hogy nem járunk rossz úton.

A belügyministerium is közeledett e felfogáshoz, a nyolcz év óta tett intézkedésekben; a trachoma-kórházak felállítására erre mutat. De megmaradt azon meggyőződése mellett, hogy a szemkórházak nem érnének annyit, mint a trachoma-kórházak, hogy szemorvosi iskolázásban részesült szakemberek nem érnének többet, mint a trachoma-orvosok, hogy a súlyo-

sabb esetek bármely kórházba küldhetők egyenlő sikerrel, hogy a szemkórházak nagy költségeket okoznának, hogy minden községi orvos mindazt megteheti, mi a közönséges esetekben szükséges, végre, hogy a trachoma-ügygyel a szemorvoslás és a vakság ellen való küzdelem ügyét összekötni nem kívánatos. Lehetetlen e felfogás kifejezését megjegyzésekkel nem kísérni.

Mikor két szemkórházról (Brassó és H.-M.-Vásárhely) kimondatik, hogy a trachoma ügyében hatást nem tettek s egyszersmind kijelentették, hogy a „trachoma-kórházak a mostani szerényebb és kisebb költséget igénylő alakokban tökéletesen megfelelnek az ebbeli szükségnek“ — nagyon kívánatos, s a füzet informatív céljának nagyon megfelelő lett volna előterjeszteni az illető intézetek adatait is. Nem tudjuk, hány ágyasok a trachoma-kórházak, hány beteget vesznek fel s hányat gyógyítanak meg végleg évenként, hány ápolási napon és mennyi költséggel? Hány beteg megy beléjük önként és hány kényszerítve? Ki válogatja meg az oda való eseteket? Talán azt is, hány szökik meg belőlök évenként (a mit csak a jelentésből vettünk tudomásul). Ezek ismerete nélkül a füzet olvasója meggyőzve nem lehet. Elhíhetjük s el is hisszük, hogy a belügyministeriumnak van oka, adatokból vett oka, a trachoma-kórházak fensőbbiségét, jó hatását állítani; de itt nem hinni, meggyőződni szükséges. Meggyőző adatok nélkül nem hagyhatunk fel azzal a felfogással, hogy az általános szemészetben jártas szakorvos többet tehet a trachoma gyógyításában is, a szemkórház másféle eredményeivel többet tehet a trachomások vonzására is, mint a csupán trachomával foglalkozó orvos és kórház. Az iskolázott, szélesebb látókörű szemorvos más szemmel nézi a trachomás szemet is, diagnosisa és kezelése megbízhatóbb, a bajra vonatkozó tanulmányai az egész ügy azon tisztázására, melyre a legjobb külföldi szakemberek szerint is szükség volna, igen sokat tehetne. Kuhnt, Hoppe, Rähmann, Hirschberg, Greeff és mások sohasem írták volna meg tanulmányaikat, soha az ő emelkedett álláspontjaikra sem jutottak volna, ha nem szemorvosok, csak trachoma-orvosok lettek volna.

Nem szabad feledni, hogy szemorvosnak lenni: pálya; trachoma-orvosnak lenni: nem pálya. Mi lenne abból a sebészből, ki egész életén át pl. mindig csak ajkarakot operálna, vagy egy nőorvosból, ki soha mást nem gyógyítana, mint erosiókat? Ez az oka annak, mit e füzet panaszol, hogy a trachoma-orvosok elhagyják állásaikat. (19. l.) Érdekes volna tudni, hány van köztük olyan, ki állását véglegesnek tekinti? Pedig fizetésük évi 2400 korona, a mi busásan elég volna egy, alkalmas helyre tett, szemkórház vezetőjének mindenféle szegény szembeteg gyógyításáért s biztosítaná az illetőt arról, hogy a szemészet gyakorlatára szorítkozhatik. (A vásárhelyi szemkórház vezetője évi 1200 koronáért a múlt évben 567 kórházi beteget, 1000 ambulanszt kezelt, végzett 293 műtétet, közte 100-nál több hályogkivétel stb.) Ha tehát a jól fizetett trachoma-orvosok nem kerülnek kevesebb költségbe, mint a szemorvosok kerülnének: miért ne használná fel az ország e pénzt arra, hogy a budapesti szemklinikán és kórházakban képződő, iskolázott szemorvosok elhelyezést találjanak s ne szünjenek meg szakjokat gyakorolni, az ország pedig, legalább egyes részeiben, a vakságokok felének elhárításával, külön költség nélkül, egy lépést tegyen az egészségügyi művelődés terén?

Majdnem érthetetlen, a mit a füzet végén e kérdéssel olvashatunk. A 23. lapon meg van említve, hogy „ezen eszmét újra felvetették, azzal indokolva a költséges nagy kórházak létesítését, hogy az államnak nemcsak a trachomás, hanem más szembetegek gyógykezeléséről is kellene gondoskodnia; hiszen glaucomában és más szembetegségekben több egyén vakul meg, mint a trachomában“. S végül: „ezen általános kórházi ügyet a trachoma-ügygyel összekapcsolni nem szabad, mivel akkor az egész szerkezet sokkal nehezkesebb lesz és mivel a trachoma-költségek elviselhetetlen mérvet fognának ölteni“. Közben el van mondva, hogy „a trachoma nem az egyénnek, hanem a közönségnek baja“, s hogy vidéken több sebészi mint szembeteg van s amazok nehezebben szállíthatók. De figyelmen kívül marad ez előadásban az, hogy a most fennálló nagy centralizálása az orvosi működés leg-

¹ Hirschberg. Ueber die körnige Augenentzündung in Ost- und West-Preussen und ihre Bekämpfung. Jena. G. Fischer, 1897. 25. l.

² Greeff. Studien über epidemische Augenkrankheiten. Jena, 1898. 66. lap.

sikeresebb részeinek egy művelt országban sem található, hogy a kórházügy fejlesztése legalább is a trachomaelleni védekezéssel felérő fontosságú nemzeti érdek, hogy a szemorvosoknak (az úgyszólamint pénzbeli való) alkalmazása s a trachoma ellen felállított kis kórházaknak egyéb szembajosok érdekében való kibővítése, esetleg egy közeli megyei központba való áthelyezése komolyabb teherzaporodást nem okozna (hiszen a vásárhelyi szemkórház túlnyomólag szegény betegeknek *harmadánál több* megfizette a saját ápolási költségét), hogy a specialis szemorvosok *közele* nem a végzendő műtétek, hanem a *korai helyes diagnosis* érdekében fontos és végre, hogy ha egy nap alatt nem akadna is *kilencz* fiatal szemorvos a trachoma-kórházak helyébe szervezendő szemkórházak vezetésére: akadna 2—3 év alatt akár kétszer annyi is.

Hogy „az állam azért fordít különös figyelmet a trachomára, mert ez fertőző betegség“, igen jól tudjuk; egészen helyes és kötelességszerű dolog, mert közönségünk nem lévén magas műveltségű önkormányzati élete, nem védekezhetik maga vagy helyi hatósága erejével a járványok ellen, a hogy védekezett Angliában, tudtommal már a közegészségügyi törvény keletkezése előtt. A belügyministerium gyámsága alá azonban az *egész egészségügy* tartozik, nemcsak a járványok. Vajjon helyesnek tartja-e valaki, hogy vidéki kórházaink oly lassan fejlődnek, bennük oly kevés orvos működik a legfejlettebb, legáldásosabb és a fővárosban már emberekkel túltömött orvosi szakokban? Azt hiszem senki sem. És vajjon kinek van módjában, tehát kinek a kötelessége változtatni e helyzetet? Kinek kötelessége államférfiúi szemmel meglátni az egészségügyi haladás akadályait s széleskörű programot alkotni azok elhárítására, ha nem a belügyministeriumé? Mi, kik a magunk csekélységének tudatában is merünk gondolkozni, egy-egy igazságnak tartott gondolatot kimondani s ismerjük a vidéki orvosi és kórházi életet, nem hallgathatjuk el azt a meggyőződésünket, hogy a kórházügy (általában az ápolástügy) fellendülése az egészségügyi haladás egyik főfeltétele és hogy a kórházak ügye a kormány erőyes segítségével, beható gondozása nélkül nem fog haladni. E gondozás első céljául tekintem én olyan intézkedések tételét, melyek a fővárosból a vidékre, vidéki kórházakba osztják szét a fiatal, jól képzett szakorvosok azon részét, mely ott úgyszólamint csak tengődik, elszorvad, míg itt az orvosi karba újabb-újabb kovácsát vinné a munka, a tudomány, a sikerek szeretetének s kétség-telentül hozzájárulna az orvosi kar tekintélyének emeléséhez; de az orvosok kötelező kórházi szolgálatának hasznosságához is.

A szemgyógyítás ügyét a trachoma külön ügyével nem csak szabad, de szükséges is összekapcsolni. „Nagy szemkórházak“ felállítását senki sem kívánta; sőt mindig *kisebb* szemkórházakról és szemesztályokról volt szó. Ha valamelyiknek azután idővel nagy lenne a forgalma, szaporodnék ágyainak, orvosainak száma: ez *nem terhe*, hanem nálunk eléggé meg nem becsülhető diadala lenne az egészségügy főörének, a belügyministeriumnak. Ha Poroszországban, egyetemek nagy és kiválóan vezetett kórházak hazájában, *közelebb* akarják vinni a szakorvosi munkát a trachomásokhoz, akkor nálunk még több ok van, hogy ezt tegyék. Hogy ezzel elviselhetlenné lenne a trachoma-ügy költsége, nem képezem, de nem is tagadhatom; hanem akkor egyszerűen *másik zsebébe* kell nyúlni az államnak. Mint jámbor falusi ember, úgy gondolom, hogy az egészségügy nagy nemzeti érdekeire (melyek közé a vakság okainak s e téren való világszerte ismert szomorú helyzetünknek elhárítása is tartozik), tudnánk talán még valamit áldozni, — mint orvos és kórházvezető úgy gondolom, hogy nagy szükség nem lenne rá.¹

¹ Jól tudom, hogy ezek a fejtegetések az én tollamból hatást nem tehetnek; egyetlen jelentőségük egy többek által osztott meggyőződés újabb kifejezése. És még talán egy: rólam ma már nem gondolhatja senki, hogy személyes okaim vannak ez ügygel foglalkozni. Nehány évvel ezelőtt még valóban óhajtottam volna kiterjedtebb részt venni a trachomaelleni országos munkában, — ma annak a munkának terhet is soknak érzem, a mit magam tettem súlyos kötelességgé. Kívánom, hogy mások jóakarata többet tudjon a vakság és trachoma ellen kivinni, — de bárki teszi is az ügyet magáévá, annak a *vidéken* kell e nagy küzdelmet folytatni, az ország lakosságának főtömegében, hol a bajok legnagyobbak.

A cupragolról.

Irta *Leitner Vilmos* dr., a „Stefánia“ gyermekkórház szemész-főorvosa.

Az orvosszerek nagy száma, melyet a trachoma gyógyítására ajánlottak, újabban a cupragollal¹ ismét gyarapodott. Feltalálója vérmes reményeket fűzött hozzá s szinte a trachoma specificumának jelentette ki; kísérleteket tett vele a trachoma minden fajtánál s úgy találta, hogy a kötőhártya túltengéseit gyorsan visszafejleszti, a csomókat felszívódásra bírja s a pannus feltisztulását hathatósan támogatja. Főleg azonban a trachoma heges alakjainál látott a szertől jó hasznót. Kevesebb sikerrel járt a szer alkalmazása a conjunctiva egyéb megbetegedései esetében.

A cupragol a réznek fehérjével való vegyülete; zöldes-szürke, nem kellemetlen szagú por, mely vízben elég jól oldódik s oldata rázva tartós habot képez. Jól eltartható, nem könnyen romlik meg. Az oldásánál ügyelni kell arra, hogy ne a vizet öntsük rá, hanem a port kell óvatosan a víz felszínére hinteni, különben sűrű, összeálló, syropszerű anyag keletkezik, mely nehezen oldható tovább. 10%-os vizes oldata híg, könnyen folyó; a 20%-os már sűrűbb s 50%-os oldatban már nehezen mozgó, sűrű folyadékot képez. Ruhára cseppentve szennyes szürkés-zöld foltot okoz, mely száradva megkeményedik, dörzsöléssel azonban jó része eltávolítható.

A szerrel még a budapesti egyetemi szemklinikán volt alkalmam Schulek Vilmos igazgató-tanár engedélyével kísérletezni s az ide vonatkozó tapasztalataimat röviden a következőkben óhajtom közölni.

A cupragolt eleinte 10%, később 20%-os oldatban alkalmaztam a trachoma minden alakjánál, a blennorrhoea conjunct. hypertrophias szakában, valamint a kötőhártya más gyulladásos megbetegedéseinél. Az anyagot a budapesti egyetemi szemklinikára bejáró betegek szolgáltatták, kiknél két hónapon át észlelhettem a szer hatását. Az alkalmazás módja az volt, hogy a szemhéjak kifordítása után cseppentő üveggel vittem az oldatból 1—2 cseppet a kötőhártyára; utólagos kiöblítés nem történt. Összehasonlítás kedvéért mindig csak az egyik szem kapta a cupragolt, míg a másik szemet argent. nitric. 2%-os oldatával, vagy cuprum sulfuricum-jegecczel kezeltem, az összehasonlításra tehát azon szerek szolgáltak, melyek az említett betegségek eseteiben az egyetemi szemklinikán ez idő szerint általánosan használatban vannak s melyek hosszú időn át szerzett tapasztalatok szerint a legjobb eredményeket adják. A sublimat azért nem szerepel e kísérleteknél, mert a vele eszközölt ledörzsölések, mint inkább mechanikus eljárás, nehezebben vonható párhuzamba a gyógyszeres kezeléssel.

Egyszerűség okáért a 20%-os oldat hatásáról számolok be először. A conjunctivára cseppentve, a betegek legnagyobb részénél intenzív égető érzést okoz, mely nagyobb fokú, mint a 2%-os argent. nitricummal való ecsetelés vagy a cuprum sulfuricum-jegecczel való edzés után, de jóval rövidebb ideig tart; e tekintetben azonban elég nagy egyéni különbségek észlelhetők. Az objective látható elváltozás a cupragol becsseppentése után úgy mutatkozik, hogy rövid ideig tartó fokozott könnyezés áll be, mialatt a conjunctiva kevéssel vörösebbnek látszik; pörk nem képződik.

A trachoma granulosus alakjánál több napon át cseppentve, alig okoz számbavehető változást, a csomók pedig több heti cupragolkezelés után sem mutatnak hajlamot a visszafejlődésre; egészben véve csak a váladékképződés némi csökkenése tapasztalható. Ezzel szemben a másik, ugyanannyi időn át lapissal ecsetelt szem a conjunctiva megvékonyodott s bár a csomók itt sem mutattak jelentékeny változást, mégis a közti szövet duzzadása kisebbedett s a váladék sokkal kevesbedett volt.

Papillaris túltengésekre több heti alkalmazás után is úgyszólván hatástalan; az ellentét a cupragollal s az argent. nitr., illetve a cuprum sulfuricummal kezelt szemek közt ezen esetekben a legkirívóbb. Valamely javulás kétségtelenül bekövetkezik a cupragolnak hosszabb időn át való cseppentése után is oly értelemben, hogy a conjunctiva váladékképzése kevesbedik s a betegnek

¹ A szer még nincs forgalomban, a gyár kísérlet. céljából engedte át.

subjectiv kellemetlenségei, a könnyezés, reggeli becsipásodás, idegen test érzés stb. csökkennek, mindez azonban korántsem oly gyorsan és feltűnően, mint az argent. nitric. esetelések után. A cuprum sulfuricum-jegecz alkalmazásának elve a szemklinika az, hogy csak száraz, nem váladékos conjunctivákat edz a még jelenlevő túltengések visszafejlesztésére olyankor, midőn a cornea részéről semmiféle izgalmi tünet nincs jelen. Ha ilyenkor adjuk a cupragolt, úgy néhány hét múlva is úgyszólván változatlan állapotúnak találjuk a szemet, míg a cuprummal kezelt szem a conjunctiva jóval simább és átlátszóbb lett.

Ugyanez vonatkozik a blennorrhoea chronicára is.

Heges, vagy a gyógyuláshoz közel álló trachoma eseteiben a cupragol még a leghasználhatóbbnak bizonyult. Midőn feladatunk csak az, hogy a beteg subjectiv kellemetlenségein enyhítsünk, tehát a könnyezés, csipázás ellen elég jó eredménnyel adhatjuk. S miután a cupragol okozta égető érzés csak rövid ideig tart, e tekintetben előnyben volna részesíthető a hasonló hatású többi adstringens szerek (collyr. adstr. lut., cupr. sulf., cupr. aluminat., zinc. sulf., acid. tannic., protargol stb.) felett, melyek hosszabb izgalmat létesítenek.

A pannusra lényeges befolyással nincsen. Oly trachomás pannusok, melyek több heti cupragol kezelés után is makacsul fennállottak, argent. nitric. esetelésekre gyors javulást mutattak.

A conjunctivitisek és ophthalmiák többi alakjára nézve is az áll, a mit a trachománál említettünk. A szövet túltengéseit alig befolyásolja, a folliculusok cupragol kezelésre nem tűnnek el. A beteg subjectiv érzése javul ugyan a cupragolozott szemben is, de az ellentét a lapis hatásával szemben mindig feltűnő. A conjunctivitisekhez társulni szokott blepharitisek argent. nitr. esetelésekre, mondhatni néhány nap alatt gyógyulnak, míg a cupragol mellett hosszú időn át fennállanak, sőt nem egyszer súlyosbodnak is. Kisfokú conjunctivit. catarrhalis a cupragolra is javul.

A 10%-os oldat igen enyhe adstringensnek felel meg. A töményebb oldatokról, valamint a szernek in substantia való hatásáról nincs tapasztalat. Hogy azonban a cupragol használhatóságát illetőleg általában mégis véleményt kockáztatok, ennek az az oka, hogy a 20%-nál erősebb oldatok vagy maga a por nem adható ellenőrzés híján a betegnek, mert hibás alkalmazás esetén a corneát sértheti.

Pedig a kérdés nyilván azon múlik, vajjon találtunk-e a cupragolban oly szert, mely a trachoma gyógyszeres kezelésében az argent. nitricumot vagy a cuprum sulfuricumot pótolni képes-e, vagy más szóval módot adhatunk-e a betegnek arra, hogy orvosi beavatkozás nélkül önmaga kezelje megbízható módon a trachomáját? S e kérdésre, sajnos, nemmel kell felelnünk. A lappissal és a kétkövel való elbírás az orvos személyes beavatkozását teszi szükségessé, a mi, tekintve, hogy éppen ezen betegek a társadalom szegényebb osztályaiból kerülnek ki, rájuk vagy a hatóságokra nézve nem csekély áldozatot jelent. Azért lenne úgy közegészségügyi, mint általában társadalmi szempontból megbecsülhetetlen oly szer, mely megnyugvással és azon tudattal volna adható a beteg kezébe, hogy kevés fáradsággal és áldozattal ő maga küzdhet baja ellen. Ehhez a célhoz azonban a tárgyalt szer nem hozott bennünket közelebb.

A cupragol 20%-os oldatban csak mint adstringens szerepel, s mint ilyen ugyanazon indikációk alapján rendelhető cseppek alakjában, mint a többi hasonló hatású szerek.

A trachoma gyógyítása ichthargannal.

Irta *Falta Marczel* dr. szem- és fül-orvos Szegeden.

Bár, különösen utóbbi időben a trachoma gyógyításában némi haladás félreismerhetlen jelét láthatjuk, azért azonban nem tartunk még ott, hogy a legkisebb reménnyel is kecsesítő új gyógyszert ne tegyünk vizsgálódásunk tárgyává és hogy, ha csak egy lépéssel is, ne törekedjünk a trachoma gyógyítását közelebb hozni a megoldás felé. Főleg hazánkban kell, hogy az orvosok behatóan foglalkozzanak a trachomával, mivel a már óriási mérvben uralkodó baj még mindig tovább és tovább harapódzik.

Utóbbi években a trachomának mechanikai és gyógyszerrel való kezeléséről akarva, nem akarva én is kénytelen voltam az

operatív térre lépni, mint azt az „O. H.” és „Arch. für Augenheilk.” által legutóbb közölt cikkemben röviden kifejtettem és ugyanekkor álláspontomat is körülírtam, melyet a conjunctiva átmeneti redőjének kimetszését illetőleg elfoglalom.

Aggodalmasan nyúltam a késhez, aggodalmasan nyúlok még ma is, hiszen a szemnek oly megbetegedéséről van szó, melynél a zsugorodási hajlam a nélkül is eléggé meg van. Nagyon is megvágatom a műtetre alkalmas eseteket és talán éppen ennek a scrupulositásnak köszönhetem, hogy eddig legalább minden egyes esetben a műtettel csak jó szolgálatot tettem.

És nem habozom kijelenteni, hogy én leszek az első között, ki a kést készséggel és megkönnyebbüléssel teszem le, ha más békésebb, enyhébb gyógyító móddal pótolni lehet azt. Ezen lehetőség reményében sem szabad elmulasztani semmit, a mi a legkisebb kilátás reményét is nyújtja ezen cél érdekét szolgálja. De még azon esetekben is, melyek gyógyszeres kezelésre gyógyulnak, kíváncsian volna a gyógyításnak az eddiginél enyhébb, de legalább is gyorsabb lebonyolítása. Szóval, indokolt mindent megkísérteni e téren, a mivel nem ártunk.

Fél év előtt juttatott hozzám a hamburgi ichthyol-társaság egy próbaküldeményt az általa előállított új gyógyszerből: az ichtharganból, azon megkereséssel, tennék kísérletet e szerrel a szembetegségeknél.

Készséggel tettem eleget ez óhajnak, annál is inkább, mivel ezen új szerves ezüstvegyülettel szemben az eddig előállított organikus ezüstvegyületek, bár elég szép számmal állanak rendelkezésünkre, az argentum nitricumtól még nagyon messze esnek az ezüstszázalékot illetőleg. Legközelebb állott hozzá eddig a largin, melynek értékéről e lap hasábjain már beszámoltam és a melylyel a mellett, hogy több szembántalomnál kitűnő szolgálatot tesz, a trachománál vajmi csekély eredményt lehet általa elérni és itt csakis mint pótló szer jöhet tekintetbe.

Az ichtharganban az ezüstszázalék nagy ugrást tett. Az eddigi szerves ezüstvegyületek csak lépésről lépésre jutottak előre egésze a larginig, mely 11.101% ezüstöt tartalmaz, míg most ezen új vegyületben az ezüstartalom egyszerre 30 százalékra emelkedett. Ismert dolog, hogy ezen szerves ezüstvegyületek mindazt czélozzák, hogy az argentum nitricumban levő ezüst antisepticus és bactericid hatását elérjék azzal a különbséggel, hogy míg az argentum nitricumban levő ezüst csak egészen felületesen fejtheti ki hatását a létesített pörk miatt, ezen újabb ezüstvegyületek lehetővé teszik az ezüstnek a mélyebb rétegekbe való beivódását, a mi éppen a szem kötőhártyájának betegségeinél s főképen a trachománál igen fontos, mivel itt a betegség főfészke e mélyebb rétegekben van, a hol tehát leginkább kíváncsian, hogy az ezüst hatását kifejtse. Az eddigi e célból előállított szerves ezüstvegyületekben az ezüst nem igen fejthet ki belterjesebb hatást, mivel még kevés ezüstszázalékot tartalmaznak. A töménységgel a tömörséget nem lehet pótolni, az acélgolyóval intenzívebb hatást érhetünk el, mint az ugyanoly nagyságú fagolyóval és ha a fagolyót nagyobbítjuk is, a hatás intenzívebb nem, csak extenzívebb lesz, azaz nagyobb területre oszlik el. Ily értelemben azzal az ezüstvegyülettel, melyben a tömecsék nagyobb ezüstszázalékot tartalmaznak belterjesebb hatás érhető el, mint azzal az ezüst vegyülettel, a melyben a tömecsék ezüstszázaléka kisebb, még ha ez utóbbi vegyületet töményebben használjuk is.

Az ichthargan azonban nemcsak magas ezüstszázaléka miatt jöhetett tekintetbe és kelthette fel érdeklődésemet, hanem azért és főleg azért, hogy abban az ezüst az ichthyolhoz van kötve. Az ichthyol, mint a sok oldalról történt vizsgálatok kimutatták, összehúzó, váladékesöklentő, véredényszükítő, felszívató és a szövetekbe beivódó sajátságokkal bír, sőt még bakteriumölő képessége is legyen. Mind oly sajátságok, melyek szinte praedestinálják az ichthyolt a trachoma meggyógyítására.

A hozzáfűzött remények azonban nem teljesültek be. A vele történt kísérletezéseket magam is csakhamar abbahagytam, mivel a mellett, hogy rendkívül heves fájdalmat okozott, lényegesebb eredmény, de sőt az eddig rendelkezésre álló szerekekkel elérhető eredményt megközelítő sem volt általa felmutatható. Nem lehetetlen, hogy antiseptikus, bakteriumellenes hatása nincs vagy nem elegendő.

Kiindulva, miután az ezüst par excellence antisepticus szer, az ichthargannal mint az ichthyolnak ezüsttel való vegyi összeköttetésével a kísérletezést a trachoma terapiájában érthető érdeklődéssel kezdettem meg.

Az ichthargan vegyi megnevezése argentum-thiohydrocarburosulfonicum solubile, előállítója a már említett hamburgi ichthyoltársaság. Egy sárgásbarna, laza por, mely nem szagtalan, mint állítják, hanem nem épen kellemetlen az ichthyolra is kissé emlékeztető gyenge szaga van. A világosságnak kitéve az eddigi organikus ezüstvegyületek közt a legállandóbbnak találtam. Ezüst-tartalma 30%, mely egy szerves, az ichthyosulfosavból előállított 15% ként tartalmazó anyaghoz van kötve. Vízben könnyen oldódik és tiszta sárgás-vöröses oldatot ad. A világosság iránt a vizes oldata már érzékenyebb és csakhamar sötétebb is lesz, 4–6 hétig állandóságát megtartja, de ez után friss oldatot kell készíteni, mivel az ezüst egy része kis fekete lemezek alakjában kiesapodik.

Egyéb sajátosságait Aufrecht dr. alapos vizsgálatai nyomán¹ röviden összegezem. A beivódási képesség megállapítására nyúl-májat használt, melyből egyenlő nagyságú darabot $1/20/0$ -os ichthargan és $1/20/0$ -os légenysavas ezüst-oldatban tartott 16 órán át. Az ichtharganban áztatott darab egészen átívódott, míg az ezüstnitratban áztatott darabba a légenysavas ezüst csak egészen felületesen hatolt be a máj szövetébe. A bakteriumölő képessége jóval nagyobb az argentum nitricuménál. Az ichthargan toxikus adagja 0.1–0.15 egy kilo testsúlyra, míg a légenysavas ezüsté már 0.015 ugyancsak egy kilo testsúlyra. Még bővebb adatokat Aufrecht dr.-nak már említett dolgozata nyújt.

Az ichthargant a trachoma legkülönbözőbb alakja és stadiumában alkalmaztam és az elért eredmények legjobban néhány érdekesebb eset közlése által tüntethetők fel.

1. J. H. 54 éves nőbeteg, 3 év előtt lett mindkét szeme trachomás, a jobb meggyógyult az általam történt kezelésre, de a bal minduntalan visszaesett. Legutóbbi visszaesés 1900. augusztus 15-dikén. Szemhéji conjunctivák és átmeneti redők infiltráltak, előbbieket egyenetlen felületűek, felülről szárúposztó (pannus) ereszkedik le és a száruhártya felére kiterjed. Szúró fájdalmak, kevés váladék, az egész szem véres. Öt napi ichthargannal történt kezelésre teljesen békés szem lett, pannus helyett véredény nélküli homályok, a conjunctivák beszűrődése jórészt visszafejlődött. Beteg teljesen meg van elégedve állapotával és nem óhajt tovább kezelten. Kérésre két hó múlva jelentkezett, midőn még a szem teljesen békés volt. Ez volt az első eset, melynél az ichthargan alkalmaztam. Ezen beteget minden visszaeséskor heteken át kezeltem a legkülönbözőbb módon, míg azt az eredményt tudtam elérni, mit az ichthargan segítségével öt nap alatt. Hogy mikor fog-e beteg ismét jelentkezni visszaesés miatt vagy fog-e egyáltalában jelentkezni, nem tudom. Annyi bizonyos, hogy négy és fél hónap óta visszaesés nincs, holott ez előtt minden 1–2 hónapban visszaesett. Nem kell még azt sem feleldni, hogy csak öt napon át kezeltem a beteget.

2. D. L. 17 éves lakatos, több év óta szenved mindkét szem trachomájában. 1900. augusztus 20-dikán jelentkezett. Mindkét szemben a kötőhártyák infiltráltak, szétszórt trachoma-csomókkal, csekély váladék, bő könnyezés, mindkét száruhártya pannustól egészen elborított, beteg alig lát menni. A jobb szem ichthargannal, a bal szem összehasonlítás-képp sublimatdörzsöléssel kezeltetett. A pannus mindkét szemben szemlátomást javul, de jóval gyorsabban az ichthargannal kezelt szemén és itt a kötőhártyák is gyorsabban vékonyodnak, de a nagyobb trachoma-csomók nem igen mozdulnak, holott ezek a sublimattal dörzsölt szemben már jórészt eltűntek. Csak miután a csomók kinyomását is elővettem, lettek a conjunctivák az ichthargannal kezelt szemben is egész simák és áttetszők. Az ichthargannal kezelt szem tisztább, subjectiv érzés szerint könnyebb. E beteg gyógyult 1900. november 4-dikén, jól olvas.

3. Sch. R. 35 éves borbély, hat év óta szenved mindkét szeme trachomában. Intézetemben három év előtt jelentkezett, midőn több hónapi kezelés után nem gyógyult meg ugyan teljesen, de munkaképes lett. Igen gyakori recidivák. Legutóbb 1900. szeptember 3-dikán jelentkezett. Szemei rendkívül fénykerülők, összehúzódottak, a palpebralis conjunctivák, átmeneti redők kissé infiltráltak, fellazultak, simák, trachoma-csomók nélkül. Mindkét szem száruhárttyáján egyes apró mákszemnyi infiltrátumok véredény odahúzódás nélkül, pericornealis belöveltség, fájdalmak, kevés secretum. Ichtharganra mindkét szem két hét alatt megbékült, szabadon nyitható, conjunctivák halványak, száruhárttyák tiszták. Azóta nem jelentkezett.

4. T. R. 47 éves, földmíves neje. A bal szeme több év óta trachomás. 1900. május havában jelentkezett, szemhéji conjunctivák halványosak nagy, szétszórt trachoma-csomókkal, felső tarsus erősen vastagodott, száruhártya felső szélén kis vékony pannus, ciliaris belöveltség, rendkívül heves fájdalmak a szemben és szemközi tájakon. A legkülönbözőbb kezelésre, lett légyen az akár megnyugtató, akár trachoma-ellenes, heves reactio keletkezett, egyike az orvos és beteg türelmét

legnagyobb próbára tevő eseteknek. Augusztusban kezdtem az ichthargant alkalmazni és három hét alatt a pannus meggyógyult, szem teljesen megbékült, felső szemhéji conjunctiva még érdes ugyan, de a beteg meglegedve az eredménnyel, elmaradt. Azóta nem jelentkezett.

5. H. J. 15 éves szűcsinas. Két év óta trachomás a jobb szeme. Jelentkezett 1899. decemberben. Szemhéji kötőhártyák, átmeneti redők infiltráltak sok trachoma-csomóval, vastag pannus és ulcus corneae centralis. Fájdalmak. Két hét múlva irisprolapsus csatlakozott az ulcus átfuródása folytán. Hosszas kezelésre, miután a prolapsus visszahúzódott, gyógyult az ulcus kerek pupillával, a trachomatosis folyamat is többé-kevésbé javult. Ötször volt visszaesés az összes tünetekkel, a prolapsust sem véve ki. Legutóbbi visszaesés 1900. szeptemberben, irisprolapsus jó kendermagnyi, erős ciliaris belöveltség, a váladék néhány nyákos csafat, nagy fájdalom, pannus, conjunctivák infiltrációja. Néhány napi megnyugtató kezelésre az ichthargant vettem elő, midőn még a prolapsus fennállott ugyan, de már izgalmi tünetek alig voltak jelen, lehetőleg kerültem, hogy a száruhárttyát ne érje az ichthargan. Másnapra meglepő javulás állott be és két hét alatt a szem egész békés lett, prolapsus teljesen megszűnt, pupilla kerek s pannus helyén gyenge homályok, csak az ulcusnak megfelelőleg erősebb, conjunctivák simák átlátszóak, kissé fellazultak. Most már három hónapja, hogy ezen súlyos eset gyógyult és a beteg mesterségét folytathatja, a mit két éven át nem tehetett. Ezen esetben az ichthargan rendkívül hasznos szolgálatot tett.

6. S. J. 36 éves fazekas. 1900. februárban jelentkezett, mindkét szemben heges conjunctivák, pannus incipiensek, trachoma-csomók nincsenek, nagy fénykerülés. Sublimatkezelésre pannusok gyógyultak, conjunctivák megvékonyodtak, véglegesen azonban a szem nem akart megbékülni, állandóan fénykerülés és zavaros látás volt, a cornea teljes épisége dacára. Ezen esetben is az ichtharganhoz folyamodtam, de eredménytelenül, mivel határozott rosszabbodás állott be, ugyanígy jártam egy másik hasonló esetben is.

7. Cs. J. 5 éves fiú. Jelentkezett 1900. júliusban mindkét szem trachomájával. Szemhéji kötőhártyák alig változtak, kissé erősödöttebbek, átmeneti redők infiltráltak, szétszórt trachoma-csomókkal, mindkét corneán felszínes kikopások, fénykerülés, erős blepharospasmus. Legtöbbet a kékítő segített, a jobb szem szabad lett, nem fénykerülő, de a bal szemét nem nyithatta. Szeptemberben itt is az ichthargant kezdtem alkalmazni és körülbelül egy hét alatt a fénykerülés, blepharospasmus a bal szemén is megszűnt. Megjegyzendő, hogy midőn az ichthargant ez esetben alkalmazni kezdtem, a cornea közepén még meg volt az ulcus, mely azonban szintén meggyógyult.

8. P. J., hentes neje. 1896-ban a bal szem trachomája miatt vastag pannussal kezeltetett és akkor négy hó alatt meggyógyult. Visszaesés egyszer sem volt. Ujra 1900. november 12-dikén jelentkezett a jobb szem friss trachomájával. Az egész szem véres, szemhéji kötőhártyák, átmeneti redők infiltráltak, néhány trachoma-csomó, száruhártya szabad, könnyezés, csekély váladék. Bal szem teljesen ép. Ichtharganra a beteg szem napról napra javult. Közben-közben sublimatot és légenysavas ezüstöt alkalmaztam, midőn mindig visszaesés mutatkozott, de legalább is nem az ichtharganra következő fokozatos javulás. Négy hét alatt gyógyult.

Ezen felsorolt esetek elég érthetően beszélnek. Láthatjuk, hogy képviselve van a trachomának majdnem minden alakja, melyeknél az ichthargannal elért eredmény egyenesen várakozáson felülinek mondható. Egyetlen alakjánál, melynél a legkülönbözőbb kezelési módok eddig is csődöt mondtak, az ichthargan sem vált be, legalább egyelőre. Nem tudom ezen alakot találkozó névvel jelezni, mint a trachoma „fénykerülő chronikus alakja“ megnevezéssel, mivel egyrészt a legszembeötlőbb tünet a fénykerülés, másrészt a betegnek legkellemetlenebb is és a főpanaszát képezi a fényviszony, a látás gyakori ködössége. Pedig a szemben alig van valami lényegesebb elváltozás. A conjunctivák rendszerint áttetszők, cserződöttebbek, itt-ott néha egy-egy hegesezés, bulbaris kötőhártya kissé eres, száruhártya ép és még sem az a tiszta csillogó, mint a normalis szemben, hanem mintha kissé zavaros volna. Legutóbb a trachoma ezen alakjánál is kezd bevalni az ichthargan, a mennyiben igen gyenge oldat, úgy látszik itt is célhoz fog vezetni, mire nézve még véglegesen nem lehet nyilatkozni.

A fődolog az és a legfigyelemreméltóbb, hogy a legszebb és legjobb eredményeket a trachoma legsúlyosabb alakjainál érhetjük el az ichthargan alkalmazásával. Ugyanis, minél jobban be van vonva a száruhártya a trachoma megbetegedési körébe, annál szembetűnőbben nyilvánul az ichthargan hatása. Három-négy nap alatt meglehetősen vastag pannusokat eltüntet, úgy hogy az ichthargant a cornea trachomatosis pannusának valóságos specficumaként tekinthetjük. A fentebb leírt esetek közül az ötödiknél a cornea oly fokú bántalmazottsága volt jelen, hogy az állapot teljesen reménytelennek látszott. Már több ízben felszólítottam a beteg szüleit, hogy egyezzenek bele a trachomaműtétbe, miután ezt tartottam az ultimum refugiumnak. Vonakodásuk meghozta

¹ Ueber Ichthargan. Deutsche med. Wochenschrift 1900, Nr. 31.

gyümölcsét: az ichthargan feleslegessé tette a kést és a beteg ép átmeneti redőkkel menekült.

Azt az állítást, hogy az ichthargan 3—4 nap alatt gyógyítja meg a pannust, nem kell talán valami túllelkiesedtség kitérésének tekinteni. Meglepő igaz, de tény. Hiszen melyik orvos, kinek szembajjokkal gyakrabban van dolga, ne látott volna már egy éjszaka alatt is elég kiterjedt pannust keletkezni. És a mi ily rövid idő alatt keletkezhet, miért ne volna lehetséges, hogy alkalmas, megfelelő beavatkozásra ugyanily rövid idő alatt el is múljék.

Hogy a szaruhártya pannusánál ily szembeszökő és gyors eredményt ad az ichthargan, azt annak tulajdonítom, hogy az ichthargan igen hatalmas *elvezető* szer. Azt a tényezőt, mely közrejátszik abban, hogy a kötőhártya trachomatosus megbetegedése sok, tehát nem minden esetben, maga után vonja a szaruhártya pannusát, azon ismeretlen tényezőt támadja meg, illetőleg semmisíti meg az ichthargan.

Az ichthargan ezen erélyes hatását én is abból vagyok hajlandó magyarázni, a miből Aufrecht dr., t. i. hogy az ichtharganban az ezüst és az ichthyol hatása nemcsak hogy összegeződik, hanem hatásaikat kölcsönösen erősítik és növelik.

És különösen azért fejtheti ki oly erélyesen elvezető hatását a szaruhártyára nézve, mivel nagy beivódóképessége van és a kötőhártya mélyebb rétegeiben is érvényesülhet erős desinficiáló és összehúzó hatása.

A kötőhártya infiltrációját is csakhamar visszaféjlődésre, illetőleg felszívódásra bírja hegek visszahagyása nélkül. A trachoma-csomók, különösen a nagyobbak, az ichthargannal szemben is nagyon ellentállók. Az egész trachomatosus folyamat már majdnem teljesen gyógyult, midőn még a nagyobb csomók sértetlenül megvannak. És ez is azt mutatja, hogy nem a trachoma-csomók okozzák a trachomát, hanem e csomók ép oly okozatok, mint akár a cornea pannusa. A mint vannak esetek, hogy a trachoma nem vonja maga után a szaruhártya pannusát, úgy vannak esetek és nem is csekély számban, melyeknél, ámbár a trachoma kétségbevonhatlanul jelen van, a csomóképződés teljesen elmarad. Néha igen kifejtett trachomatosus pannust láthatunk, a nélkül, hogy egyetlen trachoma-csomó is volna jelen.

A nagyobb trachoma-csomóknak kinyomása az ichthargan alkalmazása mellett is ajánlatos, mivel így gyorsabbá tesszük a gyógyulást.

Az ichthargant a szembetegek különbözőképen türik. Némelyeknél néhány perczig, másoknál 1—2 óráig is égetést okoz, „töri” a szemet, mint a nép mondani szokta. Gyermeknek jobban türik, mint felnöttek. Az erős égető érzés a magas ezüsttartalomtól magyarázható és erősebb ichthargan-oldat alkalmazása után hosszabb idő múlva gyenge kékes-fehér pörköt is láthatunk a kötőhártyán. Különben az égető érzés inkább csak az első néhány szori alkalmazása után intenzívebb, később már nem panaszkodnak a betegek.

Az ichthargant $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ oldatban használok, a szerint, hogyan türi az illető beteg, illetőleg gyengébb vagy erősebb hatás kifejtése kívánatos-e. Érzékeny szemeknél $\frac{1}{2}$ % oldattal ajánlatos kezdeni és esetleg később erősebb oldatra átmenni.

Csak fél esztendeje, hogy az ichthargannal megkezdtem a trachoma gyógyítását és hogy máris közlöm, ennek az az oka, hogy még trachománál gyógyszerrel soha oly szép és főleg gyors eredményt nem értem el, mint az ichthargannal. Kötelességemnek tartottam tehát minél előbb a klinikák és kartársak figyelmét e szerre felhívni, hogy a trachoma elleni keserves küzdelem mielőbb megkönnyebbültségek.

A visszaeséseket illetőleg természetesen ma még nem nyilatkozhatom; lesz e recidiva és mily százalékban, arról csak a későbbi tapasztalat után számolhatok be.

Annyi azonban tény és annyi már eleve is biztosan állítható, hogy friss trachomát az ichthargan 6—8 hét alatt tökéletesen meggyógyít.

A chronikus esetekben a pannust a legrövidebb idő alatt tünteti el, a mely tulajdonság egymagában oly becsessé teszi az ichthargant, hogy aligha tévedek, ha azon meggyőződésnek adok kifejezést, hogy az ichthargan a szemorvoslás egyik legfontosabb szerzeménye lesz.

Az argentum nitricumot nemcsak pótolhatja, helyettesítheti, hanem sokszorosan felülmúlja, de felülmúlja a sublimatot is, melynek pedig szintén elég szép eredményeket köszönhetünk.

IRODALOM-SZEMLE.

Galandféreg-hajtószer használata következtében keletkező látóidegsorvadás. Sidler-Hungenin az irodalomból 78 filix mas által okozott súlyos mérgezési esetet állított össze. 12 halállal végződött, 18 mindkét szemén, 15 egyik szemén megvakult, 4 esetben mindkét, 1 esetben egy szemén amblyopia maradt vissza. Ezért a filix mas gyöngén táplált, vérszegény, fiatal egyéneknek nagy óvatossággal adandó, a ricinus-olaj mellőzendő. De a granátalma gyökerének kerge sem teljesen mentes a veszedelemtől, a mennyiben 20 éves fiatal ember 70 gramm gyökérmaceratiót $\frac{3}{4}$ óra alatt bevéve nagy fejfájást, émelygést, rázó hideget kapott, ezt 12 órai soporosus állapot követte, három nap múlva amaurosis keletkezett, mely egyoldali amblyopia hátrahagyásával néhány nap alatt elmúlt. (Die ophthalmologische Klinik 1900. Nr. 9.)

A mellékvesekivonat hatása a beteg szemre Zimmermann-tól. Dor és Bates gondosan tanulmányozták a mellékvesekivonat szemre való hatását. Darier 1896 óta több közlésben foglalkozott a tárggyal, 1899-ig Jacquet készítménye volt forgalomban. Wolffberg ezen évben az *atrabilin*-nel eszközölt kísérleteiről számolt be; Landolt a hűhsti gyár készítményével kísérletezett. Zimmermann a lyoni készítményt használta, a melyet szívesen alkalmazott conjunctivitis ellen. Elégséges naponta 3-szor becséppenteni. Óvatosan alkalmazandó azonban olyan esetekben, a midőn a vérrel való ellátás kívánatos, pl. ulcus corneae. A mély ciliaris injectio is csökkenthető a szer alkalmazása által. Episcleritis urica eseteiben meglepő jó hatást ért el. Operálások alkalmával a vérzés csökkentésére kitünően használható; a glaucoma operálásakor pilocarpinnal és eserinnel kombinálható, sőt egymagában is tensio-csökkentő hatású. (Die ophthalmol. Klinik. 1900. Nr. 17.)

G. E.

Fekete látóidegekről értekezik Pick königsbergi szemorvos. A milyen gyakran találkozunk a velőtartalmú fehér idegrostokkal, éppen olyan ritka az ellenkező lelet, a látóideg rostjainak, azaz a látóidegfőnek *fekete festenyzettsége*. Az egész irodalomban csak hat esetet tudott összegyűjteni, általa véletlenül felfedezett eset a hetedik. Egy 7 éves leányka nagy fokban rövidlátó bal szemén, mely ajjakat csak $1\frac{1}{2}$ m. távolságról olvas, a tükrü vizsgáltnál kiderül, hogy a papilla körül van vége nagy kiterjedésben velőtartalmú idegrostokkal. Nem különbözik semmit a szokásos lelettől, az edények itt-ott fel- és letűnnek az idegrostok mögé, csekély festenyrgesék, különösen a retina határán. A látóidegfő közepén, — melyet rendszerint az élettani excavatio jelez — egy sötétbarna, majdnem fekete színeződés látható, melyen néhány edény piroslik keresztül. A festeny nem compact, hanem sugaras, vonalas elrendeződést mutat. Ezen fekete középpontot egy fehér gyűrű, majd gyengén festenyzett sáv vesz körül. Ezek után csoportosulnak a velőtartalmú idegrostok. A fekete tömegben látható edények eltűnnek és velőtartalmú idegrostok között újra láthatóvá lesznek. *Liebreich, Förster, Hirschberg, Wiethe, Schleich, Hilbert* közölnek hasonló eseteket, melyeknek közös jellegét az élettani bemélyedés helyén legerősebben kifejezett veleszületett festenyzettség képezi, — más congenitalis elváltozással egyetemben. A tünet magyarázata nehézségbe ütközik. *Förster* véleménye — hogy a látóideg velőtartalmú rostjai csekély mértékben vannak kifejlődve és helyenként az embryonalis szürke állomány jellegével bírnak — nem alkalmazható jelen esetben, hiszen velőtartalmú idegrostokat nagy számban lehet tükrörrel kimutatni. *Pick* fejlődési zavart tételez fel, mert embrióknál a szem belső pigment rétegéből festenyecskéket lehet a látóidegbe követni, valószínű, hogy esetünkben a látóidegfőben és idegben a festeny abnormalis módon fejlődött ki és az ébrényi festeny visszaféjlődése nem történt a szokott módon. (Archiv für Augenheilkunde 41. k. 1. f. VI.)

Fejér Gyula dr.

Velőtartalmú idegrostok a reczeshártyában *isolálva* is fordulhatnak elő. Érdekes szemfenéki képeket közöl erről *Caspar*. A legtöbb tankönyv erről említést sem tesz. *Manz* és *Leber* szerint a reczeshártyában csak akkor fordulhatnak elő ilyen foltok, ha a papilla környékén, azaz szélén is constálthatók hasonló elváltozások. Szerző azt gondolja, hogy azért ritka a lelet, mert nem minden szembeteget tükröznek, meglegszenek a papilla környé-

kének inspectiójával és — ok nélkül — tovább nem kutatnak. A leírt négy esetben a foltok alakja változó, egyszer háromszögletes, majd hosszúkas, rhomboid, színe hófehér, a széleken sárgás, a papilla széle ment minden elváltozástól. Scotomát egy esetben sem lehetett kimutatni. (Archiv f. Augenheilkunde 41. k. 2. f. XV.)

Fejér Gyula dr.

Euphthalmin használatáról tesz jelentést **Knapp Hermann** newyorki szemtanár. 5% oldata a pupillára alig hat, míg 10%-ból elég egy csepp, hogy a pupillát szemtükri vizsgálathoz elegendő módon kitágítsa. Különös előnye, hogy a bőrt és kötőhártyát nem ingerli és így mindazon esetekben alkalmazható, hol a beteg atropint vagy homatropint nem tűr. Az alkalmazkodást kissé befolyásolja, de a betegek feltűnően nem panaszkodnak, belnyomást csekély mértékben emeli. **Knapp** a 10% oldatot diagnostikus célból egyedüli használatra és mindazon esetekben ajánlja, midőn a betegek az atropint nem tűrik. (Archiv f. Augenheilkunde 41. k. I. f. II.)

Fejér Gyula dr.

A secundaerglaucoma boncztanával foglalkozik Sachsalber. Azon esetekben végezte vizsgálatait, midőn a szem átható szaruhártyafolyamatok következtében teljesen tönkre ment, totális staphyloma, ú. n. buphthalmus fejlődött. Öt eset részletes kórtörténetét, az enucleált szemtekék makroszkopikus és góresővi leletét behatóan ismerteti. Ha összefoglaljuk a közös adatokat, úgy kitűnik, hogy valamennyi esetben a staphyloma falában és az uvealis rendszerben a legkifejezettebb degenerációs jelenségeket lehetett constataálni. A Schlemm-féle kanális minden esetben eltűnt, azaz helyette hegeképződést lehetett találni. A mellső ciliaris vénák nagy mértékben kitágultak, falzatuk megvastagodott. A sugár test minden alkalommal sorvadt, a ciliaris nyúlványok izzadási következtében megnyúltak atrophikusak, a rajtok levő felhám erősen túltengett. A szivárványhártya, sugártest és érhártyában kerek sejtekből álló friss gyulladásos helyeket lehet észlelni, majd hullámzatos, magsegény kötszövetet, melyet mint a gyulladás végeredményét kell tekintenünk. A venae vorticosák falának belső háma nagy mértékben túltengett, gyöngyszerű megvastagodások alakjában. A venát körülvevő nyirkutak telve vannak túltengett endothelsejtekkel. Némely esetben, a vénák helyett egy hegekötetet lehet találni, mely még endothelsejtet tartalmaz. A legtöbb vena szűkült, különösen az adventitia túltengése miatt. Az érhártya sorvadt, az edényződés obliterált, helyette nagymérvű kötőszöveti túltengés, a suprachorioidea teljesen eltűnt. A reczeshártyában az idegrostréteg megvastagodott, a dúczsejtréteg a sejtek sorvadását, a meglevő magvak szétesését mutatta. A látóideg minden esetben bemélyedve, a lamina cribrosa hátrafelé tolt, kissé megritkult, az idegrostok sorvadtak, az interstitialis kötőszövet nagy mértékben degenerált.

A mellső ciliaris vénák kitágulása azért jött létre, mert a szemnek egyéb levezető útjai, ú. n. a Schlemm-féle csatorna, a vena vorticosák, a venákat és az érhártyát körülvevő nyirkutak részint szűkültek, részint teljesen obliteráltak, ezen utakon a lefolyás akadályozott. A mellső ciliaris vénák teljesítik ezen szolgálatot, bár ezen anastomosis nem felel meg teljesen a szükségletnek és így a legkisebb incidens megzavarhatja a lefolyást és egy glaucomás roham kiváltására okul szolgálhat. **Birnacher** és **Czermak** primaer glaucománál is hasonló elváltozásokat irtak le, úgy a Schlemm-féle csatornában mint a vena vorticosákban. A tractus uvealis-ban fellépett gyuladást, mint a szaruhártya folyamat folytatását lehet magyarázni, de viszont mint másodlagos tüneteket is lehet értelmezni, mert minden esetben a lefolyás akadályozva volt, úgy a nyirk- mint a venarendszerben, mely egyedül elégséges glaucomás rohamok kiváltására. Nem lehetetlen, hogy a lefolyás akadályozása a venosus pangás és a szövetek oedémája következtében a vénák falain, a körülvevő nyirkedényekben; szóval az egész uveában gyulladás támadt, mely lassankint az érhártya sorvadásához vezetett.

Vizsgálatainak legfontosabb adata abban nyilvánul, hogy az elsődleges glaucoma és szaruhártya-staphyloma által létrejött másodlagos glaucoma között boncztanilag különbség nincs, úgy a vena vorticosák mint a perivenosus nyirokutak elváltozásait illetőleg. (Archiv f. Augenheilkunde 41. k. I. f. IX.)

Fejér Gyula dr.

A szesz által okozott tompalátás boncztanához közöl adatokat Siegrist, baseli szemorvos. Véletlenül jutott olyan szemekhez, melyekben a papillo-macularis köteg sorvadását észlelte, betegről kitűnt, hogy nagy mértékben hódolt a szesz italok élvezetének, bár szemtükri lelet a papillát illetőleg rendelkezésre nem állott. Vizsgálata alkalmával kiterjesztette figyelmét a macula luteára is. A reczeshártya halántéki felében az idegrostréteg nagy részben sorvadt, a dúczsejtek a sárgafolt környékén megritkultak, a csap és pácizikák rétege eltérést nem mutat. **Uthoff** és **Samelsohn** klasszikus vizsgálata alapján a heveny látóideggyulladás és a szesz által okozott tompalátás boncztanai oka a papillo-macularis köteg interstitialis gyulladásában rejlett. A reczeshártya idegrostréteg temporalis felének sorvadását mint ennek következményét magyarázták, egyedül a macula elváltozásairól nem tudtak semmit. **Nuel** 1896-ban új teoriát állított fel és azt mondja, hogy a szesz-tompalátás a macula környékén lévő dúczsejtek elsődleges megbetegedésében rejlik, melyhez természetesen a megfelelő, azaz papillo-macularis rostok felszálló sorvadás csatlakozik. **Siegrist** e teoriát több szempontból megvilágítja és azon conclusiora jut, hogy a dúczsejtek részleges aránytalan elsődleges megbetegedésének magyarázata talán még több nehézségekbe ütközik, mint a papillo-macularis köteg elsődleges interstitialis gyulladásának és a másodlagos sorvadásnak magyarázata, melyet magától értetődik a megfelelő — papilla és sárga folt között fekvő — dúczsejtek sorvadás szokott követni. Végeredményképp ki lehet mondani, hogy a szesz által okozott tompalátás **Samelsohn** és **Uthoff** által kidolgozott boncztanai alapja, azaz kórtana — **Nuel** kifogásai által megingatva ninesenek. A szesz-mérgezés következtében a többi szervekben, például a májcirrhosis vagy a zsugorvesénél **Weigert** és **Roux** beható vizsgálatai alapján a vese, azaz májepithelsejtek elsődleges megbetegedését constataáltak, melyhez a kötőszövet túltengése másodlagosan csatlakozik, miért kezdődjék ugyanazon folyamat a látóidegben megfordítva, a kötőszövetben és nem az ideg parenchymájában? E feltevés mellett szól azon körülmény, hogy borszesz okozta tompalátásnál a látóidegsorvadás egészen más képet mutat mint tabesnél, a kötőszöveti túltengés sokkal hatalmasabb, végre azon tény, hogy sokszor feltűnően javul, ha megfelelő gyógykezelés mellett a folyamat szünetel, azaz a kötőszöveti túltengés visszafejlődik és az idegrostokra nyomást nem gyakorol, vezetőképességeket nem akadályozza. Az egyszerű látóidegsorvadásnál ilyen javulást nem ismerünk.

A szövettani elváltozásokat háromféleképp magyarázhatjuk. 1. **Uthoff** szerint mint valódi interstitialis gyuladást, mely bizonyos helyekre szorítkozik, az idegrostok másodlagos sorvadását vonja maga után és az egész látóidegre is kiterjedhet. 2. Feltételezhetjük az idegrostok elsődleges megbetegedését, az interstitialis kötőszövet másodlagos túltengésével, mint az más idegekben és szervekben alkoholismussal elő szokott fordulni. 3. Végül a **Nuel** által védelmezett teoriát, a macularis környék dúczsejtjeinek elsődleges megbetegedését csak azon értelemben lehetne elfogadni, hogy a méreg egyidejűleg az idegre és dúczsejtre, tehát az egész neuronra fejt ki hatását.

E három lehetőség közül, melyik felel meg legjobban az igazságnak, azt a későbbi beható szövettani vizsgálatok fogják kideríteni. (Archiv f. Augenheilkunde 41. k. I. f. X.)

Fejér Gyula dr.

A szaruhártya glaucomás eredetű borússágáról újabb nézetet közöl Silex. Az általános felfogás eddig az volt, hogy a cornea borússágát glaucománál oedema, illetve a felhámsejtek közt cseppszerűen felgyülemlett folyadék okozza. Kórszövettani vizsgálat számos esetben tényleg igazolja e felvételt; a folyadéknak a cornea lemezei közé való behatolását a normalis endothel megakadályozza s azért fel kell tenni, hogy a megnövekedett tensio az endothelt teszi a folyadék számára átjárhatóvá. Az endothelnek ezen elváltozását azonban góreső alatt nem sikerült még kimutatni. Sőt a cornea szövete maga is nem ritkán ép viszonyokat mutat, még olyankor is, midőn a tensioemelkedés huzamosabb időn át állott fenn. Az acut glaucománál észlelhető cornea-borússág nagy hasonlatosságát mutat azzal, melyet akkor látunk, midőn egy szemet összenyomunk; a nyomás megszűntével a zavarosság is csakhamar megszűnik, úgy hogy oedemából e tünetet magya-

rázni nem lehet. Hogy mi a valódi ok, azt eddig nem sikerült még kideríteni. Ugyanily borúság áll elő a corneán akkor is, ha a szemteke tensióját élő állatnál mesterségesen, pl. üvegtestbe történt befecskendésekkel időszakosan emeljük; a kép acut glaucománál látható cornealis zavarossággal igen nagy hasonlatosságot mutat. S. kísérleteinél a zavarosság csakhamar megszűnt, a mint a tensioemelkedés csökkent s újra rögtön előállott a folyadék befecskendésével. A corneának ezen kísérletileg előidézett borúságát S. azonosítja az acut glaucomával s okául nem oedemát, hanem a cornea tágulását veszi fel, melyvel együtt jár kettősen törő elemek fellépése s ily módon a fény sokszoros visszaverődésével a cornea zavarossága. (Arch. f. Augenhk. 1900. Festschrift.)
Leitner Vilmos dr.

A sclero-keratitisnél a natrium salicylicum és aspirin hatásáról. Pfalz ezen cikkében egy általa sclero-keratitis rheumatikának nevezett bántalomról értekezik, a melynek tüneteit a következőkben adja: a cornea körül hirtelen fellépő körülírt ciliaris injectio, gyenge nyomás érzéssel, a mely injectio lassan tovább terjed a cornea peripheriájára, és a környezetre, azonkívül fénykerülés, könnyezés, idegen test érzés, és féloldali fejfájás járul ezekhez. Hosszabb fennállás után eltűnő, a parenchyma szélén ülő finom homályok társulnak mindehhez. Az egész bántalom körülbelül három hétig tart. Megváltozik a lefolyás néhány gramm natrium salicylicum adagolására, a midőn néhány nap alatt a belöveltség halványodik, a subjectiv tünetek megszűnnek. Az egész folyamat tehát a sclero-cornealis határra, az elülső ciliaris edények tájékára korlátozódván, s miután natrium salicylicumra oly jól javulván, s többnyire erős meghűlés után lép fel, nevezte el a szerző sclero-keratitis rheumatikának. Mint rheumatikus bántalom, gyakran visszatér, sőt igen gyakran egyéb rheumatikus bántalomban szenvedőknél fordul elő. Recidiva esetében rendszeren az iris is részt vesz a folyamatban. Fluorescein reactio acut esetekben nem, chronikusoknál előáll. Igen ritkán fordul elő az acut sclero-keratitis rheumatika, a chronikus gyakrabban. Végül felemlíti a szerző, hogy mint más rheumatikus bántalomnál is, eleinte igen jól hat a natrium salicylicum, később veszt hatásából, úgy ezen bántalomnál is; a hosszú adagolásnál pedig előállván a salicyl mellékhatásai, helyette aspirint alkalmazott, a melynek hatása ámbár nem oly kifejezett, de tapasztalatai szerint ment a mellékhatásoktól. (Zeitschrift f. Augenheilkunde 1900. IV. 5.)

Hét intraocularis cysticercus eltávolításáról Schmidt-Rimpler-től. A szerző néhány számadattal bizonyítja be Hirschberg azon állítását, hogy mióta a húsvizsgálatot szigorúbban végzik, a cysticercus ritkábban fordul elő a szemben. Ő hét esetet operált, a melyet a következőképen végzett: miután pontosan tűkörrel meghatározta a cysticercus helyét a szemben, keskeny Graefe-késsel meridionalis metszéssel a sclerán és az érhártyán óvatosan átszúrt, óvatosan, hogy ezáltal elkerülje a hólyagot, a midőn az subretinalisan fekszik. Ha az üvegtestben is van a cysticercus, akkor is ajánlatosabbnak tartja a rétegenként való bemetszést. A sebet azután tátongtatja, a midőn, ha subretinalisan fekszik a hólyag, az eltávozik, ha az üvegtestben van, akkor is előfordul, hogy magától eltávozik, ha nem, úgy bemetszéseket végez. Az izmok közül azokat, a melyek szükségesek, miként tenotomianál a scleráról lefejté, átmetszés előtt azonban kettősen fegyverzett fonalt fűz az izomba, a melyvel később az átmetszett izmot ismét egyesíti. Minden esetben exact egyesülés és normalis mozgékonyság volt az eredmény. Műtét után csak a conjunctivát egyesítette, mert a meridionalis sclera-metszés egymásra feküdt. Nagy nyereségnek tartja, hogy a cysticercustól megszabadított szem, minden genyes gyuladástól ment marad, másrészt lehetségesnek tartja, hogy a cysticercusos szem, a másik szemén sympathikus gyuladást is idézhet elő. Ezután hét esetének részletes kórtörténetét adja. Minden betege gyuladástól mentes szemmel távozott. Hat esetben a látásélesség üvegtesti homályok és ideghártyaválás miatt használhatatlan maradt. Egy esetben változatlan maradt állandóan, két esetben valamiképp javult, két esetben még rosszabbodott. Négy esetben a cysticercus az üvegtestben volt, három esetben subretinalisan. Két betegénél Taenia soliumot talált. (Zeitschrift f. Augenheilkunde 1900. IV. 2.)
Gabler Lajos dr.

A coffein hatását a látótérre tanulmányozta Schwabe a chinin által okozott tompa látásnál. Esetében a vakság 1.25 gm. chininum muriaticum bevétel után lépett fel, a látóidegfók elhalványodtak, a reczehártáerek, a látótér concentrikusan szűkültek, a beteg hemeralopiában szenvedett. Esetének azon körülmény kölcsönöz érdekességet, hogy évekig tartó megfigyelés alkalmával azon hatást lehetett tanulmányozni, melyet a kávé és tea alkaloidjai a látótérre gyakorolnak. A 25 fokig szűkült látótér kávé- vagy teaforrázat élvezetének minden alkalmával 15–60 percznyi időközben a rögzítő pontig szűkülte, a nélkül, hogy a látóképesség vagy a színlátás valamit szenvedett volna, mely jelenség ugyanazon időközben lassankint visszafejlődött minden gyógybeavatkozás nélkül, sőt éveken tartó kávéévezet után sem szenvedett a látóképesség semmit. A vizsgálatokat coffeinnel is végezte, ugyanazon eredménnyel. Ezen esetből látni lehet először, hogy chinin-amaurosis a látótér körkörös szűkülésével, hemeralopiával és a reczehártá ereinek szűkülésével látszólag egészséges egyénknél már kis (1.25 gm.) adag után is felléphet, másodsor észlelhető ilyen esetekben a coffein hatása, mely a reczehártá ereinek további összehúzódása által a látótér mulékony szűkülését eredményezi, a nélkül, hogy a központi látást vagy a színlátást befolyásolná vagy a látóképességben évekig tartó használat után valamely csökkenést mutatkoznék. (Archiv f. Augenheilkunde 42. k. 1., 2. f. III.)

Fejér Gyula dr.

Glaucoma simplex érdekes eseteit tárgyalja Horstmann berlini tanár. Graefe elnevezését, azaz „látóidegexcavatioval járó vakság“, mindazon esetekben meg akarja tartani, midőn a bemélyedés és a jellegzetes látótérszűkületen kívül a szemén más tünet nem észlelhető. Ettől megkülönböztetendők azon esetek, midőn nagyon ritkán gyuladási tünetek, ködös látás vagy színkoronglítás lép fel. Az esetek kimerítő kórtörténetét közli, melyeket legalább öt évig volt alkalma megfigyelni. Négy esetben iridektomiát végzett, a műtét mindig kedvezőtlen hatással volt a visusra, a látás hanyatlott, épen úgy mint a nemoperált esetekben. A látóideg széli bemélyedése, határozottan a glaucoma mellett szól akkor, ha a nyomás emelkedés más tünete is mutatkozik a szemén. Horstmann négy esetet közöl, hol széli bemélyedés mindkét szemén symmetrikusan volt constatalható, a látóképesség, látótér eltérést nem mutatott, feltűnő volt mind a négy egyénél az arteriosclerosis. Szerző összefüggést vél látni a két tünet között, bár boncztanilag magyarázni nem tudja.

Állást foglal azon elv mellett, hogy glaucoma simplex typikus eseteiben operálni nem szabad, mert műtét után a látóképesség annál gyorsabban hanyatlak, helyesebbnek tartja Graefe elnevezését és glaucoma simplex csoportjából kizárja mindazon eseteket, midőn ködös látás, színkoronglítás, pupillatágulat lép fel időnként. (Archiv f. Augenheilkunde 42 k. X.)
Fejér Gyula dr.

VEGYESEK.

— *A berlini egyetemi szemklinika* tantermében 1900. december 16-dikán leplezték le Graefe és Schweigger mellszobrát. Ötven éve, hogy Graefe berlini működését megkezdte, Schweigger pedig 70-dik születésnapját ünnepelte. Waldeyer, Schweigger és Michel tartották az ünnepi beszédeket.

— *Karlsruheban* 32 ágyas, *Moszkvában* 54 ágyas szemkórházat állítottak fel magánjótékonyág útján. Előbbi vezetője Gelpke, utóbbié Adelheim lett.

— *Személyi hírek.* Raehlmann dorpati egyetemi tanár lemondott, helyére Ewertzi tanárt nevezték ki. — Adamük tanár (Kasan) nyugalmába vonult. — Noyes (New-York) tanár és Osio (Madrid) tanár meghaltak. — Andogsky docent a szentpétervári női orvosi iskola szemésztanárává nevezték ki. — Schmidt-Rimpler göttingai egyetemi tanár és Hippel hallei tanár tanszéket cseréltek. — Kostenicz varsói tanárt Dohnberg utódjául a szentpétervári Heléna Paulovna-kórház szemésztanárává nevezték ki. — Uthoff boroszlói tanárt titkos orvosi tanácsossá nevezték ki. — Sigrist dr.-t Baselben a szemészetből magántanárrá habilitálták.

A budapesti egyetemi szemklinika betegforgalma az 1900-dik évben. A járó betegek száma: 8930 (1899-ben 8398); a klinikán ápoltaké 783 (1899-ben 965); a nagyobb operálásoké 1008 (1899-ben 1269), ezek között: 408 hályogoperálás, 146 iridektomia, 13 iridotomia, 29 tenotomia, 88 enucleálás. (A konyha és mosóház átalakítása miatt a betegfelvétel 3 hóig szünetelt.)